



dgsgb

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

**Klaus Hennicke
(Hrsg.)**

**Psychopharmaka in der
Behindertenhilfe
- Fluch oder Segen?**

**Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am
9.11.2007 in Kassel**

**Materialien der DGSGb
Band 17**

Berlin 2008

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

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

ISBN 978-3-938931-18-9

© 2008 Eigenverlag der DGSGb, Berlin

Internet: klaus.hennicke@gmx.de

1. Aufl. 2008

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

Printed in Germany.

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

Psychopharmaka in der Behindertenhilfe - Fluch oder Segen?

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 9.11.2007 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Klaus Hennicke	4
Psychopharmaka in Wohnstätten der Behindertenhilfe - Vermutungen über eine zunehmend unerträgliche Situation	
Günter Jaspert	23
Über die Schwierigkeiten, eine auf Dauer optimale Behandlung zu bekommen - Erfahrungen eines Angehörigen	
Heiner Bartelt	28
„Eigentlich sind wir ja dagegen!“ Medikamente und/oder Pädagogik - Warum tut sich die Behindertenhilfe so schwer?	
Henning Michels	41
Psychopharmaka und „Good practice“ - Geht so was und woran merken wir das?	
Manfred Koniarczyk	60
Psychopharmakotherapie Standards der Psychiatrie – Wirklichkeit und Chancen	
Regina Humbert	70
Psychopharmaka – Fluch oder Segen? Ergebnisse der Tagung	
Autoren	74

Psychopharmaka in Wohnstätten der Behindertenhilfe Vermutungen über einer zunehmend unerträgliche Situation

Klaus Hennicke

Einleitung

Psychopharmaka sind Medikamente, die auf das Erleben, Befinden und Verhalten Einfluss nehmen. Beispielsweise sind sie in der Lage, psychotische Erlebnis- und Wahrnehmungsweisen (etwa Halluzinationen oder Wahnvorstellungen), depressive Stimmungsveränderungen oder Denkeinschränkungen, innere Anspannungen, Ängste, Zwänge, tiefgreifende emotionale Erregung oder auch reduzierten oder übermäßigen Antrieb (Psychomotorik) sowie zahlreiche sonstige Einzelsymptome so zu beeinflussen, dass diese oftmals sehr quälenden und beeinträchtigenden Erlebnis- und Verhaltensweisen abgemildert oder gar beseitigt werden.

Psychopharmaka sind – richtig angewandt – hilfreiche Medikamente, die in der Allgemeinmedizin und natürlich insbes. in der Psychiatrie eine wichtige und unverzichtbare Behandlungsmodalität darstellen. Unbestritten ist auch, dass sich ohne diese Medikamente eine moderne, humane und soziale Psychiatrie nicht hätte entwickeln können. Gleichwohl werden Psychopharmaka trotz ihrer segensreichen Geschichte eher misstrauisch und häufig ablehnend betrachtet, teilweise durchaus gerechtfertigt wegen ihrer nach wie vor hohen Nebenwirkungsrisiken, teilweise aber aus eher irrationalen Gründen wie Gefahr der Persönlichkeitsveränderung oder der Suchtentwicklung¹.

Das Wissen um die wirkliche Häufigkeit des Einsatzes diese Medikamente sowie um die fachlich-ethische Gestaltung der Praxis der Therapie sind wichtige Voraussetzungen, diese Therapieoption kritisch und lösungsorientiert zu diskutieren. Denn in der Tat legen bisherige Berichte, Forschungsergebnisse sowie umfangreiche eigene Erfahrungen nahe, dass Psychopharmaka in den vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe häufig ohne ausreichende Berücksichtigung der anerkannten fachlichen und ethischen Standards der Psychiatrie wie auch der (Heil-)Pädagogik eingesetzt werden. Das Problem ist seit vielen Jahren bekannt, ohne dass wirksame Gegenstrategien entwickelt wurden.

Ziel war es daher, Hinweise zu bekommen, wie es gelingen kann, diese Behandlung in den (heil-)pädagogischen Betreuungsalltag der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe vernünftig, hilfreich und ethisch vertretbar zu integrieren.

Im Rahmen seines Forschungssemesters (Wintersemester 06/07) wurde vom Autor eine empirische Untersuchung in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Berlin durchgeführt. Der erste Teil bezog sich auf die Frage der Häufigkeiten, mit der

¹ Die Gefahr der körperlichen Abhängigkeit (Sucht) besteht nur bei längerer Anwendung von Wirkstoffen aus der Gruppe der Benzodiazepine, die in der Psychiatrie meistens nur als vorübergehende kurzfristige Zusatz- oder Unterstützungsmedikation eingesetzt werden, allerdings in der Allgemeinmedizin sehr häufig und viel zu nachlässig verschrieben werden. Die Abhängigkeit von Benzodiazepinen in der Bevölkerung ist in der Tat recht erheblich (geschätzt 1,5 Millionen).

Medikamente, dabei insbes. Psychopharmaka, in den verschiedenen Einrichtungen den dort lebenden Bewohnern verabreicht werden. Ziel war es, Hinweise auf die tatsächlichen Prävalenzen zu bekommen und mit nationalen und internationalen Zahlen zu vergleichen. Im zweiten Teil wurden Mitarbeiter und Leitungspersonen der Wohnstätten zu ihren Meinungen, Einstellungen und Erwartungen an die Behandlung mit Psychopharmaka befragt und wie diese in der Praxis aus der Perspektive der Mitarbeiter durchgeführt wurde. Hierbei ging schwerpunktmäßig um Fragen der tatsächlichen Gestaltung der Durchführung dieser Therapieform.

Ausgangspunkt

Der häufige Einsatz von Psychopharmaka in Wohnstätten der Behindertenhilfe ist seit langem bekannt. Die Prävalenzzahlen schwanken zwischen 7 bis über 70% (vgl. Tab. 1). Der am häufigsten ermittelte Durchschnittswert liegt bei ca. 30%. Das bedeutet, durchschnittlich etwa ein Drittel der in Einrichtungen der Behindertenhilfe lebenden Menschen mit geistiger Behinderung bekommen Psychopharmaka. Eine Totalerhebung in den Niederlanden (vgl. STOLKER et al. 2002) hat einen etwa um 10 Prozentpunkte niedrigeren Wert ergeben (bei allerdings ähnlich hohen Spitzenwerten). Der Vergleich mit englischen oder amerikanischen Studien ergibt sowohl höhere als auch niedrigere Prävalenzen. Die häufig vermutete ansteigende Tendenz des Psychopharmakaeinsatzes kann mit den vorliegenden Zahlen nicht bestätigt werden².

In der Altenhilfe liegen die Prävalenzzahlen durchschnittlich um fast 20 Prozentpunkte höher bei ca. 55% (vgl. WEYERER et al. 1996; PANTEL et al. 2005; 34-75% nach STELZNER et al. 2001). Prävalenzzahlen aus der stationären Jugendhilfe (Therapeutische Einrichtungen) oder Einrichtungen für Menschen mit Körper- oder sensorischen Behinderungen liegen mir noch nicht vor³.

Ausgangspunkt der Fragestellungen waren darüber hinaus folgende Vermutungen: Psychopharmaka werden in der stationären Behindertenhilfe eingesetzt

- zu häufig zusammen mit weiteren Medikamenten (Polypharmazie)
- zu häufig als Dauermedikation
- zu häufig als sog. Bedarfsmedikation
- ohne ausreichende Kontrollen der körperlichen und psychosozialen Nebenwirkungen und sonstigen Risiken
- ohne ausreichende vorangegangene Diagnostik und Indikationsstellung
- ohne ausreichende Dokumentation und Evaluation der Wirksamkeit.

Methodik

Im ersten Teil wurden die Gruppenmitarbeiter von 16 Wohnstätten von 4 Trägerorganisationen im Stadtbezirk von Berlin gebeten, einen kurzen Fragebogen über jeden Bewohner auszufüllen. Neben grundlegenden sozialstatistischen Daten (Alter, Verweildauer in der Einrichtung/Wohngruppe,

² Möglicherweise wird der derzeit besonders häufige Einsatz der sog. atypischen Neuroleptika als insgesamt ansteigende Tendenz wahrgenommen.

³ Derzeit führe ich eine Befragung der Berliner Therapeutischen Wohngemeinschaften durch, wo nach ersten vorläufigen Auszählungen eine Prävalenz von min. 30% zu erwarten sein wird.

Geschlecht, Schweregrad der Behinderung) wurden Angaben zu zusätzlichen Behinderungen und chronischen Erkrankungen erbeten sowie insbesondere eine Auflistung sämtlicher aktuell verabreichter Medikamente (Präparatenamen, Tagesdosis, Dauer der Behandlung, Art der Behandlung wie Dauermedikation, Bedarfsmedikation, Notfallmedikation). Die Präparate wurden nach dem jeweiligen Wirkstoff codiert und den Gruppen Psychopharmaka, Antiepileptika und andere Medikamente zugeordnet.

Insgesamt wurde die Daten von 547 Bewohner von 16 stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Trägerschaft von 4 Organisationen) erfasst. Die Untersuchten leben in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in Berlin ganz unterschiedlicher Größe (8-92 Plätze; Mittelwert 34,2 Plätze). Der Rücklauf von den Wohngruppen war nahezu 100%, mit wenigen Ausnahmen waren alle Fragebögen zu verwenden.

Die Wohnstätten sind sowohl Teil von größeren Einrichtungen als auch selbständige Einheiten in Wohngebieten. Inwieweit mit dieser sicher typischen Struktur eine wirkliche Repräsentativität gegeben ist, lässt sich aufgrund fehlender Vergleichszahlen nicht sicher sagen.

Im zweiten Teil wurden Mitarbeiter und Leitungspersonen der Wohnstätten zu ihren Meinungen, Einstellungen und Erwartungen an die Behandlung mit Psychopharmaka befragt und wie diese in der Praxis aus der Perspektive der Mitarbeiter durchgeführt wurde. Hierbei ging schwerpunktmäßig um Fragen der tatsächlichen Gestaltung der Durchführung dieser Therapieform. Mit insgesamt 55 Mitarbeitern (einschl. 9 Leitungspersonen) von 7 verschiedenen Einrichtungen wurden halbstrukturierte Interviews vom Autor selbst durchgeführt.

Die Auswertung erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS (JANSSEN & LAATZ 2003). Das Projekt wurde vom Autor persönlich im Rahmen seines Forschungssemesters der Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum im WS 06/07 durchgeführt. Es wurde von keiner Seite finanzielle oder personelle Hilfe in Anspruch genommen.

Grenzen der Studie

Ein wesentlicher Aspekt der Problematik, nämlich die Rechtsbeziehungen der Beteiligten, muss hier ausgeklammert werden. Hierzu sei auf die ausführliche Diskussion bei PANTEL et al. (2005, 196 ff.) hingewiesen, die u.a. diesen speziellen Aspekt im Kontext der Altenpflege beleuchten. Die mangelnde rechtliche Koordination der relevanten Rechtsbereiche wird als *eine* der wichtigen Bedingungen für die vielen Unklarheiten, Unsicherheiten und Ungeregeltheiten angesehen. Dennoch trifft aus meiner Sicht die Forderung nach Klärung der rechtlichen Beziehungen nur einen Teil des Problems. Vielmehr geht es um ethische Verpflichtungen, denen sich die Beteiligten gemeinsam unterwerfen.

Die personelle und materielle Unterversorgung der stationären Behindertenhilfe ist evident. In die Strategie der Reduzierung der Bewohner auf nur kostenverursachende Faktoren durch die massiven „Verbilligungserwartungen“ der Kostenträger passen die schnellen, sauberen und vor allem billigen Methoden des Psychopharmaceutes nur allzu gut. Die Diskussion der Ergebnisse aber nur auf dem Hintergrund dieser Mangelsituation hätte möglicherweise zur resignativen Feststellung geführt, dass die mangelhafte Praxis der Psychopharmakotherapie eben genau Ausdruck dieser Mangelsituation (oder in ihr gar ihre einzige Ursache hat) und daher auch derzeit nicht zu verändern ist⁴. Dieser Sichtweise kann ich mich nur begrenzt anschließen. Wie die Schlussfolgerungen zeigen werden, gibt es zahlreiche

⁴ Die Interviewpartner haben im Übrigen auch an keiner Stelle dieses Argument erwähnt. Gleichwohl sind natürlich die zunehmend schlechteren Betreuungsbedingungen mitverantwortlich für ungenügende pädagogische Ressourcen, in deren Kontext die Schwelle für den Einsatz von Psychopharmaka niedriger werden könnte. Der empirische Nachweis dieses unmittelbar plausiblen Zusammenhangs steht allerdings noch aus.

Möglichkeiten, Maßnahmen zur Verbesserung der Situation durchzuführen, ohne dass irgendwelche zusätzlichen Belastungen oder Kosten entstehen würden.

Nach meinen Recherchen gibt es im deutschen Sprachraum keine Untersuchung, die sich bisher mit dieser Thematik beschäftigt hat. Es handelt sich - auch in ihrer Methodik - um eine vornehmlich explorative Studie, die einige empirisch fundierte Aspekte zur Hypothesengenerierung beitragen sollte.

Die Repräsentativität der Bewohnerdaten darf vorsichtig als hinreichend aussagefähig angesehen werden. Die 55 Interviews sind natürlich nicht repräsentativ für alle Mitarbeiter der Behindertenhilfe, lassen aber hinsichtlich der o.g. Hypothesenbegründung einige gültige Aussagen zu.

Ergebnisse

Psychopharmakaprävalenz

Durchschnittlich erhielten 34,4% der Bewohner Psychopharmaka mit einer erheblichen Schwankungsbreite in den einzelnen Wohnstätten von 7% – 62,3%.⁸ Gemessen an Durchschnittszahlen liegt diese Prävalenz im nationalen Vergleich eher im oberen Drittel (19% - 40,3%), im internationalen Vergleich im mittleren Drittel (25,4% – 50,5%) (Tab.1).⁹

Die Psychopharmakaprävalenzen ändern mit den aktuellen Verweildauern drastisch (Abb.1) Diejenigen Bewohner, die erst kurz (d.h. bis zu 4 Jahren) in der Einrichtung leben, erhalten

deutlich weniger oder überhaupt keine Psychopharmaka, während diejenigen, deren Verweildauer in der Einrichtung 5 Jahre und länger ist, bekommen zu

Tab. 1: Psychopharmakaprävalenzen in der stationären Behindertenhilfe im nationalen und internationalen Vergleich (in %)		
	Prävalenz	Range
Deutschland		
GREMERICH 2007	35,0	27 - 51
HÄBLER et al. 2005		27,0 – 44,8
HÄBLER 1998	40,3	
MEINS et al. 1993	23,6	11,2 – 74,6
GAEDT 1986	19,0	
STOLKER et al. 2002 (NL)	22,8 ⁵	bis 52,6%
USA, GB		
CHAPMAN et al. 2006	23,0	
SPREAT et al. 2004	25,4 ⁶	
SPREAT et al. 1997	50,5 ⁷	
SINGH et al. 1997		44 - 60
AMAN et al. 1995	27,0	
DEB & FRASER 1994		20 - 50
AMAN & SINGH 1988		30 - 50

⁵ Totalerhebung in allen stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in den Niederlanden. Die durchschnittliche Prävalenz in der Population lag bei 22,8%. In der sog. Problemgruppe (= von Mitarbeitern als schwierig eingestufte Bewohner) lag die Prävalenz bei 52,6%.

⁶ Bewohner „Group Home“ (etwa „Wohnstätte“)

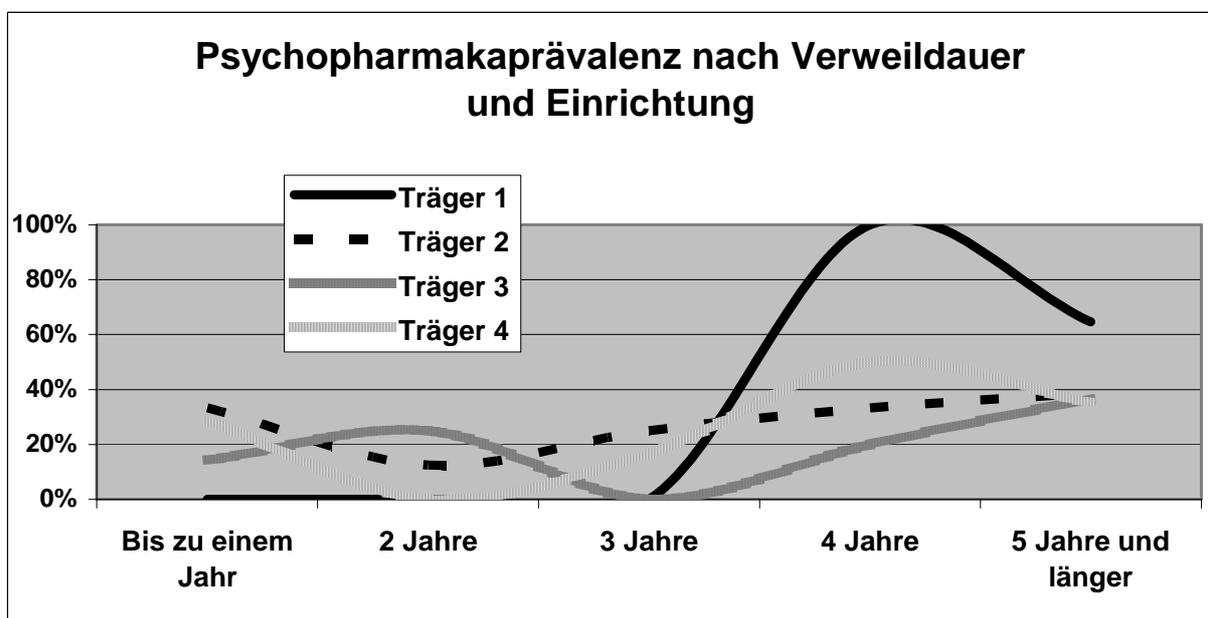
⁷ Bewohner „Nursing Home“ (etwa „Pflegeheim“)

⁸ Antiepileptika erhalten 21,1% der Bewohner (Range 9,1-47,4%), andere Medikamente 48,8% (Range 28,2-66,7%).

⁹ Eine steigende Häufigkeit der Prävalenzen ist anhand der verfügbaren Zahlen, die sich auf unterschiedliche Populationen beziehen, nicht unbedingt nachweisbar, obwohl der Eindruck besteht, dass mit Einführung der neuen atypischen Antipsychotika (Neuroleptika; insbes. das hochpotente Antipsychotikum *Risperidon*) mit ihrem etwas niedrigeren und andersartigen Nebenwirkungsspektrum diese häufiger und in gewissen Sinn auch bedenkenloser eingesetzt werden.

durchschnittlich knapp 40% diese Medikamente. Die Zahlen stellen also zunächst keine Verlaufsbeschreibung dar, sondern eine aktuelle Querschnittserhebung. Sie könnten darauf hindeuten, dass in den letzten Jahren Psychopharmaka eher zurückhaltend und kritischer betrachtet und damit seltener gefordert werden. Als Verlaufsprognose betrachtet, könnten aber die ersten Jahre eher dem Ausprobieren („Es geht auch ohne Medikation!“, gegenseitigem Kennenlernen, Gewöhnung an Anforderungen und Bedingungen. Vielleicht findet sich eine größere Bereitschaft seitens der Mitarbeiter, etwas zu wagen, Alternativen zu finden (Psychotherapie, Bearbeitung der Ablöseprozesse, gezielte heilpädagogische Förderung), sich mit „dem Problem“ (Verhaltensauffälligkeiten eines Bewohners) wirklich auseinanderzusetzen.

Abb. 1: Psychopharmakaprävalenzen nach Verweildauer und Einrichtung



Weitaus am häufigsten wird die Stoffgruppe der Neuroleptika verordnet¹⁰, deren Wirksamkeit bei psychotischen Störungen, Störungen der Affekt- und Impulskontrolle, aber auch bei den expansiv-aggressiven Verhaltensauffälligkeiten

¹⁰ 38,3% Hochpot. atypische Neuroleptika (NL), 27,7% Niedrigpot. typische NL, 19,1% Hochpot. typische NL, 19,1% Niedrigpot. atypische NL (Mehrfachnennungen). Danach erhält im Durchschnitt jeder Bewohner ein Neuroleptikum.

Neuroleptika, auch Antipsychotika genannt, wirken dämpfend auf produktive psychotische Symptome (Wahn, Halluzinationen), dämpfend auf expansiv-aggressive psychotische und nichtpsychotische Verhaltensaüßerungen und aktivierend bei sog. psychotischer Minussymptomatik (Antriebsschwäche, Apathie, schwere Kommunikations- und Interaktionseinschränkungen). Die alten („typischen“) Neuroleptika sind insbes. wegen ihrer erheblich beeinträchtigenden motorischen Nebenwirkungen gefürchtet (die allerdings gut mit einem Gegenmittel eingedämmt werden können), die neuen („atypischen“) Neuroleptika haben ihren Nebenwirkungsschwerpunkt im vegetativen Bereich (Sedierung, Gewichtszunahme). „Hochpotent“ bedeutet eine starke Wirkung auf die psychotischen Symptome, „niedrigpotente“ Neuroleptika wirken dagegen eher sedierend und affektausgleichend ohne ausgeprägte antipsychotische Wirkung

nachgewiesen ist¹¹, die aber mit einem erheblichen Spektrum unerwünschter Nebenwirkungen verbunden sind (Sedierung, Verlangsamung, Leistungseinbußen, aber auch Gewichtszunahme, Hormonveränderungen, motorische Störungen). Im Vergleich zu früheren Untersuchungen (MEINS et al. 1993) hat sich das Spektrum der eingesetzten Wirkstoffe allerdings erheblich erweitert, was eine differenzierte Auswahl und Indikationsstellung vermuten lässt.

Bei 24,1% der mit Psychopharmaka behandelten Bewohner werden diese als sog. *Bedarfsmedikation* gegeben. Das bedeutet, dass vom verschreibenden Arzt (i.d.R. in Zusammenarbeit mit den Wohngruppenmitarbeitern) eine signifikante Verhaltensweise definiert wird, bei deren Auftreten der Einsatz eines verordneten Medikaments durch den Mitarbeiter erlaubt wird. Das Risiko des unangemessenen Einsatzes wie auch des gezielten Missbrauchs ist evident. Nur 50% der Mitarbeiter schließen einen solchen Missbrauch auf ihrer *eigenen* Wohngruppe aus, 40% sind sich nicht sicher, 10% gehen davon aus, dass Bedarfsmedikation missbraucht wird.

Bei 62,5% der mit Psychopharmaka behandelten Bewohner werden 2 und mehr Wirkstoffe eingesetzt (sog. *Polypharmazie*). Oder: Nur ein Drittel werden mit einer als Standard empfohlenen Monotherapie behandelt. Die Sinnhaftigkeit von Polypharmazie ist grundsätzlich umstritten, es sei denn, es handelt sich nur um eine kurzfristige Bedarfs- oder Begleitmedikation.

26,2% aller Heimbewohner werden gleichzeitig mit Medikamenten aus verschiedenen Stoffklassen behandelt (Psychopharmaka, Antiepileptika, internistische Medikamente aller Art), ein Hinweis auf die Multimorbidität der Personengruppe (Tab. 2). Es besteht zudem eine dringende Notwendigkeit, die möglichen, risikoreichen Interaktionen zwischen den chemischen Stoffen zu kontrollieren. Die ärztliche Versorgung ist daher eine logistische und fachliche Herausforderung und macht eine erhebliche Kooperationsbereitschaft der beteiligten Ärzte erforderlich. Anhand der Daten kann diese nicht beurteilt werden, aber aus Sicht der Einrichtungen gibt es keine formellen Kooperationsstrukturen (etwa gemeinsame Fallkonferenzen). Es liegt auf der Hand, dass die speziellen Gewohnheiten der Beteiligten ein unüberschaubares strukturelles Chaos bedingen können, dass logistisch kaum noch zu bewältigen ist. Zudem bleibt unklar, wer für die (unbedingt notwendige) Kooperation der unterschiedlichen Fachärzte eigentlich verantwortlich ist (die behandelnden Ärzte oder die Wohngruppe bzw. Wohnstätte?).

Tab. 2: Polypharmazie zwischen den Medikamentengruppen	% aller Heimbewohner N= 547
Psychopharmaka und Antiepileptika mit anderen Medikamenten	2,6%
Psychopharmaka und Antiepileptika ohne andere Medikamente	3,5%
Psychopharmaka, ohne Antiepileptika, aber mit Anderen Medikamenten	13,5%
Keine Psychopharmaka, aber Antiepileptika und andere Medikamente	6,6%
Gesamt	26,2%

¹¹ Diese Aussage bezieht sich auf „klinische Erfahrungen“. Die Evidenz der Nützlichkeit der Neuroleptika hinsichtlich aggressiv-expansiver Verhaltensauffälligkeiten bei dieser Klientel ist durch klinische Studien nicht belegt (BRYLEWSKI & DUGGAN 2004; DIDDEN et al. 1997).

Zusammenfassend weisen die eher hohen Pharmakaprävalenzen zunächst auf eine offenbar erhebliche Morbiditätsrate dieser Personengruppe (Multimorbidität) hin, an deren medizinische Versorgung hohe Anforderungen gestellt werden. Vor allem ist eine effektive Strategie des Monitorings der medikamentösen Behandlungen zu fordern, um einen sicheren, risikoarmen Einsatz der Medikamente zu gewährleisten und schädliche Interaktionen der Wirkstoffe untereinander infolge der häufigen Polypharmazie zu vermeiden. Es ergaben sich aus den Befragungen keine Hinweise auf formelle Kooperationen zwischen den beteiligten Ärzten.

Der nach wie vor sehr häufige Einsatz von Neuroleptika sowie auch die extremen Schwankungen der Psychopharmaka-Prävalenzen lassen durchaus Zweifel an gesicherten Indikationen und Behandlungsstrategien zu.

Praxis der Psychopharmakotherapie - Sichtweisen und Meinungen der Mitarbeiter

Fehlende formelle, strukturelle und organisatorische Standards der Durchführung der Therapie

Psychopharmakotherapie wird je nach Einrichtung, je nach Wohnstätte, je nach einzelner Wohngruppe, u.U. sogar je nach Einzelfall nach eigenen Regeln gestaltet. Es gibt keine erkennbaren, übergreifenden strukturellen Standards. Dieses wichtige Ergebnis der Untersuchung wird durch verschiedene Einzelergebnisse begründet:

Variationsbreite der Kooperationsmodelle: Es fand sich das klassische Heimarztmodell über spezielle Kooperationsvereinbarungen bis hin zu Versorgungsstrukturen, wo jeder Bewohner einer Wohngruppe von einem anderen Psychiater/Neurologen behandelt wurde, durchaus auch als parallele Strukturen. Dahinter mögen sich durchaus kreative, optimal passende Arzt-Patient-(Mitarbeiter)-Konstellationen verbergen, aber auch unkontrollierbare, zufällige und beliebige Beziehungen.

Extreme Unterschiede in den Prävalenzen (7 – 63%) und in den Häufigkeiten von Bedarfsmedikationen (0 – 71%): Die Schwankungsbreiten erklären sich nicht – zumindest nicht nach der vorhandenen Datenlage – aus den Unterschieden der in den jeweiligen Einrichtungen wohnenden Klientel, sondern müssen – wenigstens teilweise – mit den regionalen und personellen Besonderheiten der Beteiligten zusammenhängen.

Fehlende Kontrolluntersuchungen (bei ca. 2/3 der mit Psychopharmaka behandelten Bewohner): Aus Sicht der Mitarbeiter lässt sich in der Praxis keine Regelmäßigkeit der Kontrolluntersuchungen¹² feststellen, obwohl die Notwendigkeit den meisten Mitarbeitern (81%) bekannt ist.

Mangelhafte formelle Legitimation der Behandlung: In höchsten 1/3 der Fälle liegen Unterschriften der gesetzlichen Betreuer vor, in vielen Fällen - auch auf

¹² Medizinisch-psychiatrischen Kontrolluntersuchungen (Blutbild, Leber- und Nierenwerte, Hormonstatus, EKG, EEG sowie psychopathologischer Befund) müssen regelmäßig in festgelegten Abständen durchgeführt werden

Leitungsebene - wird die Notwendigkeit nicht gesehen¹³. Eine häufige Absprache scheint zu sein, dass den Einrichtungen eine Art „Generalvollmacht“ zur gesundheitlichen Versorgung von den gesetzlichen Betreuern und Angehörigen ausgestellt wird.

Mangelhafte Einbeziehung der Beteiligten („informed consent“): Auch hier werden keine regelhaften Abläufe wahrgenommen. Die Einbeziehung der Beteiligten ist höchst unterschiedlich, offenbar ziemlich zufällig von den beteiligten Personen abhängig und geschieht zudem wesentlich häufiger über die Mitarbeiter, und nicht über die eigentlich dafür verantwortlichen Ärzte.

Unsicherheiten und Unklarheiten der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten über Einsatz, Verlauf und Kontrolle der Therapie

Wer informiert wen und worüber? Die bereits festgestellte mangelhafte Einbeziehung der Beteiligten („informed consent“) und die unterlassene formelle Legitimation der Behandlung wird nach Angaben der Mitarbeiter dadurch unterstrichen, dass der Informationsfluss zwischen den Beteiligten wesentlich von den Mitarbeitern geleistet wird und nicht von den dafür verantwortlichen Ärzten. Mitarbeiter informieren in den allermeisten Fällen (über 90%) sämtliche Beteiligten, die Ärzte informieren die Betroffenen (zu 80%), die Angehörigen (zu 36%) und die gesetzlichen Betreuer (zu 25%). Die Wohngruppenmitarbeiter übernehmen offensichtlich signifikant häufiger als die Ärzte die Information aller Betroffenen und Beteiligten über die Behandlung mit Psychopharmaka. Überwiegend kann es sich daher nur um die bloße Mitteilung handeln, möglicherweise ergänzt durch eine Begründung aus Sicht der Wohngruppe. Sie übernehmen damit einen Auftrag, den sie eigentlich fachlich nicht ausführen können, sowie eine Verantwortung, die sie eigentlich nicht übernehmen dürften. Aus der Perspektive des Bewohners (wie auch der Angehörigen und gesetzlichen Betreuer) erscheinen sie so verantwortlich für die Medikamenteneinsatz. Das könnte sie in eine völlig unnötige (negativ wirkende) Verstrickung bringen und ihren Spielraum für den pädagogischen Umgang im

¹³ In Fällen gut begründeter Behandlungen einer definierten psychischen Störung (Heilbehandlung) ist nach angemessener und dokumentierter Aufklärung bei Einwilligungsfähigkeit des Betroffenen eine *rechtsverbindliche* Zustimmung einzuholen oder bei Einwilligungsunfähigkeit die des gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuers. Problematisch wird der Einsatz insbes. von Neuroleptika dann, wenn sie nur „symptomorientiert“ zur Reduzierung der häufigen „störenden“, durchaus auch gefährlichen expansiv-aggressiven Verhaltensweisen gegeben werden. Im juristischen Sinn könnte es sich um eine „freiheitsentziehende Maßnahmen“ („chemische Fixierung“) handeln, deren Einsatz der Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes bzw. Familiengerichtes bedarf.

Ein weiteres Problemfeld ist der sog. „off-label“-Gebrauch von Psychopharmaka. Darunter versteht man die Verordnung eines zugelassenen Fertigarzneimittels außerhalb des in der Zulassung beantragten und von den Zulassungsbehörden genehmigten Gebrauchs, z.B. hinsichtlich der Anwendungsgebiete (Indikationen), der Dosierung oder der Behandlungsdauer. Danach ist der rein symptomorientierte Einsatz z.B. von hochpotenten Neuroleptika eigentlich nicht erlaubt. Das Problem des *off-label*-Einsatzes verschärft sich daher bei der oftmals unsicheren Indikationsstellung bei Menschen mit Intelligenzminderungen erheblich. Es muss daher der Nachweis erbracht werden, dass alternative Therapien ohne Wirkung geblieben sind und/oder gerade dieses Medikament bei dieser Problemsituation erfolgreich ist, was wiederum nur durch eine gut dokumentierte, nachvollziehbare Evaluation der Wirkungen und Nebenwirkungen bewiesen werden kann.

Alltag einengen. Ein weiterer Hinweis auf die unnötige Verantwortungsübernahme der Mitarbeiter zeigt sich in der Art und Weise, wie mit der Verweigerung der Medikamenteneinnahme durch den Bewohner umgegangen wird: Nur 44% informieren den Arzt, *alle* Mitarbeiter versuchen über den „Verhandlungsweg“ (teilweise mit Drohungen) die Medikamenteneinnahme zu erreichen, immerhin 25% akzeptieren die Haltung des Bewohners, nur 6% „verpacken“ das Medikament in Nahrungsmitteln (Mehrfachnennungen).

Fehlende Dokumentation und keine Evaluation des Behandlungsverlaufs: In keiner der befragten Einrichtungen und Wohnstätten haben die behandelnden Ärzten spezielle Dokumentationsbögen angeordnet. Dies widerspricht allen Regeln medizinischer Behandlungen. In der allgemeinen, üblichen Tagesdokumentation werden die Wirkungen und Nebenwirkungen der Psychopharmaka höchstens nur dann erwähnt, wenn es zu spektakulären, d.h. erwähnenswerten Auffälligkeiten kommt, die der Mitarbeiter möglicherweise in Zusammenhang mit Medikamenten stellt. Nur ganz vereinzelt haben Mitarbeiter in eigener Initiative spezielle Beobachtungsbögen z.B. bei Ein- und UmDOSierungen entwickelt. Zudem werden die Beobachtungen der Mitarbeiter i.d.R. auf direkte Befragung der Ärzte fast ausschließlich mündlich (Visite, Fallkonferenz, Praxisbesuch, telefonisch) mitgeteilt quasi als private Meinungsäußerung, bestenfalls als Meinung des Mitarbeiterteams, die an keiner Stelle nachvollzogen und begründet werden kann, weil eben keine systematische Beobachtungsdokumentation vorliegt. Im Übrigen kennen die meisten Mitarbeiter (65-82%) ihre Bewohner *nicht ohne* Psychopharmaka, haben daher keinerlei Vergleichsmöglichkeiten und sind auf die „Überlieferungen“ der älteren Mitarbeiter oder der Angehörigen angewiesen. Im Grunde könnten sie über Vor- und Nachteile, Wirkungen und Nebenwirkungen gar keine Auskunft geben.

Häufige Bedarfsmedikationen (24,1 %; Range 0 – 71,4%) bei den Bewohnern, die Psychopharmaka bekommen: Bedarfsmedikation bedeutet, „*dass der Arzt der Pflegekraft aufgibt, ein bestimmtes Medikament, bei „Bedarf“ zu verabreichen oder eine Behandlungsmaßnahme vorzunehmen. (...) Die Durchführung der Bedarfsmedikationsverordnung ist nur dann zulässig, wenn sichergestellt ist, dass die Pflegenden nicht diagnostisch bzw. therapeutisch tätig werden müssen*“. (PIES 2007). Der Terminus „Bedarfsmedikation“ war allen Interviewten geläufig und wurde problemlos abgegrenzt gegenüber der Notfallmedikation bei epileptischen Anfällen. Häufige „Bedarfe“ sind plötzlich auftretende expansiv-aggressive und selbstverletzende Verhaltensweisen. Zur Bedarfsmedikation werden ausschließlich die sog. niedrigpotenten Neuroleptika (wg. ihrer sedierenden, affektdämpfenden Wirkung) und die Benzodiazepine (emotionale Entspannung) verwendet. In gleicher Häufigkeit werden zustimmende und ablehnende Argumente zur Bedarfsmedikation geäußert. In immerhin 5 Wohnstätten (31%) wird auf diese höchst unsichere und letztlich auch gefährliche Praxis verzichtet (s.o. S.9). Es zeigte sich neben der grundsätzlichen Ablehnung und einer breiten Mehrheit, die die Praxis der Bedarfsmedikation durchaus toleriert, eine gegensätzlich Extremposition: Bedarfsmedikation sollte als Ersatz für Dauermedikation in die Hände der Pädagogen gegeben werden.

Ambivalente Einstellungen zur Psychopharmakotherapie und erhebliche Entscheidungsmacht der Mitarbeiter: Die Mitarbeiter sehen gleichermaßen positive wie negative Aspekte der Psychopharmakotherapie. Sie nutzen die Vorteile, aber mit erheblichen Vorbehalten. Die subjektive Bilanz aus den negativen und positiven Erfahrungen wird mit der Durchschnittsnote 3 belegt. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass sich für die meisten Mitarbeiter die Entscheidung für den Einsatz als mäßig guter Kompromiss darstellt, dem sie eher zwiespältig gegenüber stehen. Zudem fühlen sie sich grundsätzlich dafür verantwortlich, dass Medikamente eingesetzt werden: Die letztliche Entscheidung über den Einsatz von Medikamenten sehen 65% der Befragten bei den Mitarbeitern, 32% bei den Ärzten und 3% bei den Angehörigen. Den Mitarbeitern auf den Wohngruppen fällt somit eine enorme Verantwortung zu, mit der sie naturgemäß ganz unterschiedlich umgehen. Es ist davon auszugehen, dass im Prozess der Indikationsstellung Faktoren eine Rolle spielen, die unter den gegenwärtigen Umständen nicht vollends kontrolliert werden können.

Unsicherheiten und Unklarheiten über Kontrollen, alternative Therapien und Praxis multimodaler Therapie: Es bestehen zudem deutliche Unsicherheiten, wer für die Kontrolle der Nebenwirkungen der Psychopharmaka verantwortlich ist, natürlich „eigentlich“ der Arzt, aber die Mitarbeiter haben ein schlechtes Gewissen, dass sie so ungenügend durchgeführt werden. Ebenso bleibt im Unklaren, wer eigentlich darüber nachdenken sollte, ob und - wenn ja - welche alternativen und zusätzlichen Therapieangebote (Praxis des Multimodalen Therapie) vorhanden sind und eingeleitet werden sollten. Natürlich ist auch dies primäre Aufgabe des behandelnden Arztes.

Mangelhafte Einhaltung professioneller Standards

Als gravierenden Mangel hat sich bereits die Nichteinhaltung professioneller, psychiatrischer Standards der Psychopharmakotherapie angedeutet.

In nur 48% wussten die Mitarbeiter von einer psychiatrischen Diagnose als Grund für den Psychopharmakaeinsatz¹⁴, in 52% wurde offenbar „symptomorientiert“ behandelt, im Übrigen fast ausschließlich expansiv-aggressive Verhaltensauffälligkeiten. Von einer umfassenden vorausgegangenen Diagnostik wussten die Mitarbeiter nicht zu berichten.

In vielen Fällen werden die Medikamente als einzige Therapiemodalität verabreicht. Nur 9,1% der Mitarbeiter und Leitungspersonen meinen, dass „meistens“ zusätzliche Therapien stattfinden bzw. stattgefunden haben, 36,4% eher weniger

¹⁴ Nicht bei jeder psychiatrischen Diagnose müssen Psychopharmaka eingesetzt werden. Zudem sind noch weitere Indikationsaspekte zu entscheiden: Schweregrad der Symptomatik, Ausmaß subjektiven Leidens, Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Anpassungsfähigkeit an soziale Anforderung und Funktionen sowie der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

bzw. seltener, 54,5% denken, dass „nie“ zusätzliche Therapien stattfinden bzw. stattgefunden haben.¹⁵

Es werden offensichtlich keine Evaluationen der Behandlungen durchgeführt. Es finden sich weder irgendwo niedergelegte Behandlungspläne mit expliziten Therapiezielen, noch nachvollziehbare und begründbare Dokumentationen der Wirkungen der Behandlung. Im Wesentlichen wird nur mündlich mitgeteilt. Niemand kann nachweisen, ob der Einsatz der Medikamente wirklich hilfreich ist.

Ein weiterer Standard bei längere Behandlungsdauern¹⁶ ist die zwingende Durchführung von Ausschleich-/Absetzversuchen, die in keinem Fall explizit von den Mitarbeitern (in den letzten Jahren) wahrgenommen wurden.

Auf die völlig unzureichenden Kontrollen der Nebenwirkungen wurde bereits hingewiesen.

Zusammenfassung der Ergebnisse

1. Der Einsatz von Psychopharmaka in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe geschieht mit einem hohen individuellen Risiko für die Klienten. Es zeigen sich Probleme der Indikationsstellung, der Prävalenz (Häufigkeiten des Einsatzes von Psychopharmaka bei bis zu zwei Drittel der Bewohner; Bedarfsmedikationen) sowie der Nichteinhaltung von medizinisch-psychiatrischen Standards.
2. Es finden sich erhebliche strukturelle, organisatorische wie fachliche Mängel der Kooperation zwischen den Beteiligten sowie in den Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten. Es fehlen somit wesentliche Voraussetzungen für eine rationale und ethisch vertretbare Psychopharmakotherapie in diesem Kontext.
3. Die Mitarbeiter auf den Wohngruppen sowie die Leitungen der Wohnstätten übernehmen Verantwortung (oder werden in diese gedrängt) in Bereichen, wo sie keine übernehmen können (z.B. Indikationen, Informieren der Beteiligten, Therapieangebote). Sie befinden sich in einem Dilemma zwischen Notwendigkeit und Ablehnung von psychotropen Medikamenten. Psychopharmaka sind gleichzeitig „Fluch **und** Segen“ der stationären Behindertenbetreuung.

¹⁵ Denn Psychopharmaka behandeln immer nur Symptome einer Störung. Sie können als „Krücke“ genutzt werden, um psychische Störungen, Lebenskrisen, Belastungsreaktionen usw. schneller und leichter zu überwinden. Pädagogik und Therapie muss Menschen in solchen Situation unterstützen, Medikamente allein können diese Probleme nicht lösen. Umgekehrt können (heil-)pädagogische Programme oder auch psychotherapeutische Interventionen in ihrer Effektivität manchmal sehr hilfreich durch eine (vorübergehende) Medikation unterstützt werden.

¹⁶ Die Behandlungsdauern wurden zwar erfragt, die Angaben aber waren dazu derart unzuverlässig, dass auf eine Auswertung verzichtet werden musste. Die Feststellung der Mitarbeiter, dass sie die meisten Bewohner, die Psychopharmaka bekommen, eigentlich nicht ohne Medikamente kennen, deutet auf recht lange Behandlungszeiten hin. Die durchschnittliche Beschäftigungszeit der Mitarbeiter auf der derzeitigen Wohngruppe belief sich auf 5,1 Jahre (mit einer Spannweite von 0,5 bis 20 Jahre).

Schlussfolgerungen

Psychopharmaka sind Teil der Alltagsbetreuung der stationären Behindertenhilfe

Die Untersuchungsergebnisse legen nahe, dass *Psychopharmaka* zu einem fest eingebauten, (ge)wichtigen und offenbar unverzichtbaren *Teil der Alltagsbetreuung in der Behindertenhilfe* geworden sind, und dies aus mehreren Gründen:

Aufgrund der hohen psychiatrischen Morbidität dieser Personengruppe müssen ethisch zwingend fachlich legitimierte und indizierte Therapien durchgeführt werden. Aus pädagogischen Gründen müssen Psychopharmaka eingesetzt werden, weil ohne diese Unterstützung der Umgang mit einer relevanten Anzahl von Bewohnern sonst anders gestaltet werden müsste (z.B. mit dem Einsatz von körperlichen und personellen Schutzmaßnahmen bei Eigen- und Fremdgefährdung und/oder durch aufwändige, umfangreiche alternative heilpädagogische und therapeutische Maßnahmen, die möglicherweise nicht zur Verfügung stehen oder mobilisiert werden. Aus sozialen Gründen spielen Psychopharmaka eine wichtige Rolle, weil ohne ihre Verabreichung für einen Teil ein Wohnen unter den üblichen Bedingungen der Behindertenhilfe sonst nicht mehr möglich wäre und Alternativen wie die ehemaligen Oligophrenieabteilungen der Landeskrankenhäuser nicht mehr zur Verfügung stehen. Die Existenz der sog. „Intensivgruppen“, „Therapeutischen Wohngruppen“, Gruppen für sog. „Doppeldiagnosen“ sind Ausdruck dieser Problematik. Nach DIECKMANN (2006), der einen Modellversuch mit Therapeutischen Wohngruppen wissenschaftlich evaluiert hat, nahmen „93% der Bewohner regelmäßig Psychopharmaka ein; 63% bei Bedarf. Im Mittel nehmen die Teilnehmer regelmäßig 2,8 Medikamente zu sich. Dieser Kennwert ändert sich im Laufe des Modellversuchs nicht.“ In welcher Größenordnung welche Begründungen im Vordergrund stehen lässt sich aus den vorhandenen Daten nicht erschließen. Hierzu müssten die Indikationen im Einzelfall geprüft und nachvollzogen werden.

Danach müsste *umso mehr* dafür gesorgt werden, dass der Einsatz nach den Standards der Psychiatrie erfolgt, der mit geringstem Risiko die höchste Effektivität im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes garantiert. Und er muss eingebettet sein in einen alltags- und heilpädagogischen Betreuungskontext, der geeignet ist, die bestmöglichen Lebens- und Entwicklungsbedingungen für den individuellen Bewohner zu garantieren. Basis beider Handlungssysteme sind ethische Prinzipien angemessener Betreuung abhängiger Personen wie auch insbesondere die ethischen Grundregeln medizinisch-ärztlicher Behandlung bei Menschen, deren Einwilligungsfähigkeit herabgesetzt oder nicht vorhanden ist. Die Praxis der Psychopharmakotherapie in den Einrichtungen erscheint in wesentlichen Aspekten noch weit davon entfernt, diese fachlichen und ethischen Standards einzuhalten. Alle beteiligten Personen und Institutionen sind dringend aufgefordert, ihren Teil zur Verbesserung der Lage beizutragen.

Praktische Schlussfolgerungen für die Beteiligten

Alle Beteiligten

Für alle Beteiligten sollte ein Konsens darüber hergestellt werden, welchen *Stellenwert* die Behandlung mit Psychopharmaka der Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung, die in Einrichtungen leben, haben sollte. Die behandelten Ärzte und Psychiater, die Mitarbeiter der Behindertenhilfe (Leitung und Gruppenmitarbeiter), die Angehörigen, die gesetzlichen Betreuer wie auch die Behinderten selbst, soweit sie in der Lage sind, ein Verständnis für die Sache zu entwickeln, sollten sich auf folgende Grundsätze einigen:

Psychopharmakotherapie ist eine spezielle psychiatrische Behandlungsmodalität

1. Psychopharmakotherapie wird als spezielle psychiatrische Behandlungsmodalität angesehen, die von Fachärzten der Psychiatrie im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes unter Einhaltung grundlegender fachlicher Standards (*lege artis*)¹⁷ verantwortet und durchgeführt wird.
2. Psychopharmakotherapie kommt erst dann zum Einsatz, wenn umfassende pädagogisch-psychologische und psychiatrische Diagnostik durchgeführt wurde (Indikationsstellung) und/oder wenn alternative Interventionen für aussichtslos eingeschätzt wurden oder bereits erfolglos waren. Psychopharmakotherapie ist nicht immer das Mittel der 1. Wahl zur Beeinflussung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen.
3. Wie jede Behandlung hat auch die Behandlung mit Psychopharmaka eine stets befristete Veranstaltung mit einem definierten Anfang (Indikation), mit einem evaluiertem Verlauf (Effektivität) und einem definierten Ende (Ziel der Behandlung). Langdauernde oder gar lebenslange Behandlungen müssen umfassend *lege artis* begründet sein.
4. Entscheidung über Psychopharmakotherapie darf nur auf Konsensbasis der beteiligten Ärzte, Betroffenen, Mitarbeiter, Angehörige und gesetzliche Betreuer nach den Regeln des „informed consent“ (informierte Zustimmung) bzw. des „shared decision making“ (partizipative Entscheidungsfindung) getroffen werden. Dabei spielt die Erarbeitung eines gemeinsamen Störungsbildes über das behandelte Störungsbild oder die Verhaltensauffälligkeiten eine hervorragende Rolle.

Auf dieser Basis folgen für die jeweiligen Beteiligten unterschiedliche Aufgaben und Verantwortlichkeiten, deren explizite Klärung für den weiteren Prozess von entscheidender Bedeutung ist:

¹⁷ *Lege artis* bedeutet „nach den Gesetzen der (ärztlichen) Kunst“ und umfasst sämtliche ethische und fachliche (einschl. evidenzbasierte) Vorschriften und Erfahrungen.

Aufgaben und Verantwortlichkeiten aus psychiatrischer Sicht

Der behandelnde Arzt ist für die strikte Einhaltung und Durchsetzung der anerkannten fachlichen Standards verantwortlich:

Der Arzt hat den Nachweis über das Vorliegen der allgemeinen und speziellen Indikationsvoraussetzungen zu erbringen: Psychiatrische Diagnose oder definierte Störungen, Schweregrad der Störung und Beeinträchtigungen des Patienten. Das bedeutet eine transparente, für alle Beteiligten nachvollziehbare, medizinisch-psychiatrisch begründete, hochschwellige Indikationsstellung. Der Einsatz von Psychopharmaka erfolgt nur im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes, für dessen Formulierung der Arzt (in Kooperation mit der Einrichtung) verantwortlich ist. Medikamente sind immer nur Teil der komplexen Behandlung, zusätzliche Behandlungsstrategien müssen vom Arzt angeordnet werden. Die Ziele der Behandlung und die Voraussetzungen ihrer Durchführung und Beendigung müssen in einem Gesamtbehandlungsplan niedergelegt sein.

Gerade Menschen mit geistiger Behinderung stellen eine hoch vulnerable Gruppe dar, bei denen die Voraussetzungen für eine informierte Einwilligung oftmals recht begrenzt oder gar nicht gegeben sind. Es ist daher umso größere Sorgfalt angezeigt, um nicht den Sichtweisen und Informationsmonopol der Gruppenmitarbeiter hilflos ausgesetzt zu sein, die nicht zwingend die Interessen und Bedürfnislagen des Klienten widerspiegeln oder gar mit diesen identisch sind. PANTEL et al. (2005, 185) schreiben dazu: *„Die Möglichkeit der zentralen Beeinflussbarkeit der Psyche des Patienten (mit Psychopharmaka; KH) zwingt zu besonders gewissenhafter Kontrolle der Therapie. Der gewünschte, wohltuende und dem Patienten dienende Effekt muss - dies entspricht dem ärztlichen Standard - regelmäßig überprüft werden. Diese erforderlichen Sorgfaltspflichten gehören zu den eher trivialen Selbstverständlichkeiten eines ärztlichen Berufsethos. Ein Konfliktpotenzial enthält diese Forderung nicht.“*

Des Weiteren ist es seine Aufgabe:

1. Durchführung des Konsensgebots nach umfassender Aufklärung aller Beteiligten über die Wirkungen, Risiken und Nebenwirkungen des Medikaments i.S. des „informed-consent“-Prozesses und mit Einholen der schriftlichen Zustimmungen (Angehörige, gesetzliche Betreuer, evtl. Betroffene)
2. Anordnung eine (standardisierten) Verhaltensbeobachtung und genaue Definition/Beschreibung der relevanten Verhaltensweisen
3. Eindeutige Regelung und Durchführung der notwendigen medizinisch-psychiatrischen Kontrolluntersuchung
4. Regelmäßige Verlaufskontrollen durch persönliche Untersuchung des Klienten (Visiten auf der Wohngruppe oder in der privaten Praxis; Teilnahme an Fallkonferenzen)
5. Schriftliche Anordnungen: Präparatenamen, Dosierung, Anwendungsart und -dauer, Rezeptierung
6. Klare Empfehlungen zur Bedarfsmedikation, wenn diese ausnahmsweise und zwingend notwendig sein sollte.

Zur Bewältigung dieser fachlichen Herausforderung sollte der Arzt seine Kenntnisse über die psychologischen und psychiatrischen Besonderheiten von Menschen mit geistiger Behinderung durch Fortbildungsmaßnahmen vertiefen.

Aufgaben und Verantwortlichkeiten aus pädagogischer Sicht

Eine zwingende Voraussetzung des Einsatzes von Psychopharmaka ist das Vorliegen eines *pädagogischen Rahmenkonzepts*, innerhalb dessen die Behandlung stattfindet. Es muss – in enger Kooperation mit dem behandelnden Arzt - deutlich werden, wie die Medikamentenwirkungen zur Verbesserung der pädagogischen Umgangsstrategien im Alltag und der heilpädagogisch-psychologischen Primärtherapien genutzt werden sollen, oder welche alltagspädagogischen, heilpädagogisch-psychologischen Umgangsstrategien zur Unterstützung der pharmakologischen Primärtherapie eingesetzt werden können.

Darüber hinaus müssen die Gruppenmitarbeiter folgendes beachten:

1. Strikte Einhaltung, Durchführung und Durchsetzung der mit den Beteiligten vereinbarten Empfehlungen
2. Dokumentation über Wirkungen und Nebenwirkungen des/r Medikaments/e auf speziell angeordneten/vereinbarten Dokumentationsbögen
3. Konsequente Durchführung der alltagspädagogischen primären oder sekundären, unterstützenden Umgangsstrategien mit entsprechender Dokumentation
4. Fähigkeit und Bereitschaft zur Kooperation „in Augenhöhe“ mit dem behandelten Arzt.

Gruppenmitarbeiter sollten über *Grundkenntnisse* über die zum Einsatz kommenden Medikamente wie auch über die Prinzipien der Behandlung mit Psychopharmaka (in einem multimodalen Konzept) verfügen. Spezielle Fachkenntnisse (z.B. über Wirkungsweisen und Nebenwirkung) sind sicher hilfreich, sollten aber nicht primäres Ziel spezieller Fortbildungsmaßnahmen sein.

Den *Einrichtungsleitungen* obliegen Verpflichtungen, insbes. die allgemeinen *Rahmenbedingungen der Kooperation* mit den Beteiligten festzulegen. Sie sollten einen direkten und persönlichen Kontakt mit den behandelnden Ärzten pflegen, um über die von der Einrichtung definierten/erwarteten Standards verbindliche, explizite Vereinbarungen treffen. Sie müssen dafür Sorgen, dass diese Vereinbarungen und Empfehlungen im konkreten Gruppenalltag auch durchgesetzt werden. Dazu brauchen sie grundlegende Kenntnisse über die Prinzipien der Psychopharmakotherapie. Sie sollten über umfassende Kenntnisse über Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung verfügen, um die Notwendigkeiten der spezifischen Diagnostik und der möglichen Behandlungsoptionen einschätzen zu können.

Schließlich müssen die Einrichtungsleitungen die (alltagspädagogischen) Betreuungsstandards von Bewohnern und insbes. die pädagogischen Rahmenkonzepte derer, die mit Psychopharmaka behandelt werden, sicherstellen und gewährleisten. Pädagogik kann und darf sich nicht aus der Verantwortung

ziehen und zulassen, dass der „saubere“, schnelle und billige Einsatz von Psychopharmaka Pädagogik (und damit Menschen) ersetzt.¹⁸

Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Angehörigen und/oder gesetzlichen Betreuer

Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Angehörigen und/oder gesetzlichen Betreuer liegen insbes. in der strikten Einhaltung der Vereinbarungen, nachdem sie ihr schriftliches Einverständnis mit der Behandlung erklärt haben. Sie sollten zur regelmäßigen Teilnahme an Konferenzen bereit sein.

Fort- und Weiterbildung aller Beteiligten

Es besteht sicherlich bei allen Beteiligten Fortbildungsbedarf sowohl über psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung, über die Techniken und Probleme der Diagnostik und über die zahlreichen Behandlungsmöglichkeiten. Auch über spezielle Therapieoption „Psychopharmaka“ sollte der Informationsstand dringend verbessert werden. Als primäre Veränderungsstrategie ist Fortbildung (gemeint sind meistens die Mitarbeiter in den Einrichtungen) allerdings nur bedingt geeignet. Es geht - wie die Untersuchungsergebnisse gezeigt haben - insbes. um die Klärungen der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten wie auch um die Einhaltung bekannter Regeln und Standards. Ein hoher Informationsstand der Mitarbeiter z.B. wirkt sich nur dann positiv aus, wenn die Ärzte *bereit und in der Lage sind*, diesen auch zu nutzen z.B. zur qualifizierten Beobachtungen im Rahmen der Therapieevaluation, zur Diskussion der Indikationen für multimodale und alternative Behandlungsstrategien, zur Information und Aufklärung durch die Ärzte „in Augenhöhe“).

Dokumentation und Evaluation

Auf die Notwendigkeit der Einführung einer *gesonderten* Dokumentation über Wirkungen und Nebenwirkungen der Psychopharmaka auf Anordnung des behandelnden Arztes sollte nochmals an besonderer Stelle hingewiesen werden. Es geht um

- Gemeinsame Festlegung der Behandlungsindikationen und –ziele (incl. Erarbeitung eines von allen akzeptierten Störungsmodells)
- Genaue, explizite Beschreibung der Verhaltensweisen, die durch die Medikamente beeinflusst/verändert werden sollen (Wirkungen)
- Genaue, explizite Beschreibung der möglichen Nebenwirkungen und anderer unerwünschter Wirkungen (z.B. Reduzierung der Lebensqualität)

¹⁸ Gerade auch die wissenschaftliche (Heil-)Pädagogik ist dringend aufgefordert, sich mit dem gefährlichen Trend der Verdrängung von Heilpädagogik durch psychotrope Medikamente *inhaltlich* auseinanderzusetzen. Die trotzig festgestellte „Es geht doch ohne Psychopharmaka!“ (RÖSSERT & STEIGER 2003) bringt den derzeitigen Stand der Behinderten- bzw. Heilpädagogik in dieser Frage auf den Punkt. Die Behandlung mit psychotropen Medikamenten wird als schädliches Übel betrachtet. Eine ernstzunehmende wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema findet nicht statt. Eine Literaturrecherche in den pädagogischen Zeitschriften der letzten 10 Jahre erbrachte bis auf das o.g. Zitat keinen relevanten Treffer!

- Kriterien der Evaluation des Behandlungseffektes (Verlauf) und regelmäßige Querschnittseinschätzungen (Visiten mit den Beteiligten).

Der Informationsaustausch zwischen den Beteiligten sollte in einer Art Protokoll dokumentiert werden, um stets den aktuellen Stand für alle verbindlich bereit zu haben.

Partizipative Entscheidungsfindung („Shared decision making“) oder erweiterter „informed consent“ (Informierte Zustimmung)

Als derzeit optimaler konzeptioneller Rahmen der Interaktion und Kooperation zwischen den Beteiligten stellt sich die sog. Partizipative Entscheidungsfindung („Shared decision making“) oder ein erweiterter „informed consent“-Prozess dar. Idealerweise würde darin der Arzt seine *fachliche Kompetenz* (Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung) der *Lebenskompetenz* des Bewohners bzw. der *Alltagskompetenz* der ihn betreuenden Mitarbeitern zur Verfügung. Auf Bitten der Gruppenmitarbeiter und/oder der Angehörigen und/oder der gesetzlichen Betreuer und/oder des Bewohners erläutert der Arzt als Ergebnis einer umfassenden Diagnostik alle *aus seiner Sicht verfügbaren Therapieoptionen*. In einer „Fallkonferenz“ werden diese Möglichkeiten auf der Basis umfassender Informationen von allen Beteiligten im Detail erwogen. Der Bewohner entscheidet autonom oder/und zusammen mit den zuständigen Mitarbeitern und/oder Angehörigen (dann im Konsens), welche Therapie schließlich unter welchen Bedingungen durchgeführt werden soll.

In einem solchen Rahmen könnten sich die vielen Unklarheiten der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit leichter auflösen lassen und einer verbindlichen, konsensuellen Lösung zugeführt werden.

Die Verbesserung und Entwicklung der formellen Rechtsbeziehungen

Wie einleitend bemerkt, wird die mangelnde rechtliche Koordination der relevanten Rechtsbereiche als *eine* wichtige Bedingung für die vielen Unklarheiten, Unsicherheiten und Ungeregeltheiten angesehen. In den Schlussfolgerungen sollte daher knapp auf diesen Sachverhalt hingewiesen werden.

Da die Mitarbeiter auf den Wohngruppen als nicht-medizinische Berufe im Rahmen der medizinischen Behandlungspflege zwar im Auftrag des behandelten Arztes tätig sind, aber nicht dessen Weisungsbefugnis unterliegen, sondern nur ihrem jeweiligen Arbeit-/Dienstgeber, wird ihnen eine hohe, eigene Verantwortung in der Durchführung der Behandlung zugeschoben. Es ergibt sich daher – wie empirisch gezeigt – eine „Grauzone“ unklarer Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten an: Entweder muss der Arzt die Durchführung und Evaluation der Therapie wesentlich stärker in die Hand nehmen, was er auch unter rechtlichen Aspekten offenbar nur sehr begrenzt kann, oder die Mitarbeiter müssen in eine verbindliche, formelle auftrags- und weisungsfähige Beziehung zum behandelten Arzt gesetzt werden, und zwar durch eine Vereinbarung zwischen dem Träger der Einrichtung und dem behandelnden Arzt. Es ist dringende Aufgabe der Einrichtungsleitungen, die „Grauzone“ so weit es irgend geht im Interesse der Sicherheit der Mitarbeiter wie auch und vor allem der in der Einrichtung lebenden

Bewohner aufzuhellen. Über die Rechtsverbindlichkeiten solcher Vereinbarung kann sicher gestritten werden, aber nicht über deren ethisch verpflichtenden Wert.

Literatur

- AMAN MG, SINGH NN (1988) Patterns of drug use, methodological considerations, measurement techniques, and future trends. In: Aman MG, Singh NN (Eds) *Psychopharmacology of the developmental disabilities*. Springer, Berlin Heidelberg New York, pp 1-28
- AMAN, M.G., SARPHARE, G., BURROW, W.H. (1995): Psychotropic drugs in group homes: prevalence and relation to demographic/psychiatric variables. *Am J Ment Retard.* 99 (1995) 500-9
- BRYLEWSKI, J., DUGGAN, L. (2001): Antipsychotic medication for challenging behavior in people with learning disability (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2001. Oxford
- CHAPMAN, M., GLEDHILL, P., JONES, P., BURTON, M., SONI, S. (2006): The use of psychotropic medication with adults with learning disabilities: survey findings and implications for services. *British Journal of Learning Disabilities* 34, 1 (2006) 28-35
- DEB, S., FRASER, W. (1994): The use of psychotropic medication in people with learning disability: Towards rational prescribing. *Human Psychopharmacology* 9(1994) 259-272
- DIECKMANN, F. (2006): Therapeutische Wohngruppen für Erwachsene mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten - Evaluation eines Modellversuchs. In: Henricke, K. (Hrsg.): *Psychologie und geistige Behinderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB vom 29.9. bis 1.10.2005 in der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. Materialien der DGSGB, Band 12.* Berlin 2006
- DIDDEN R; DUKER PC; KORZILIUS H (1997): Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. *Am J Ment Retard* 101(1997)387-99
- GAEDT C (1986) Besonderheiten der Behandlung psychisch gestörter geistig Behinderter mit Neuroleptika. Vorträge anlässlich des 1. Neuerkeröder Forums am 25. Mai 1986, Evangelische Stiftung Neuerkerode
- GREMERICH, H. (2006): Psychopharmakotherapie von Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten. Eine multizentrische, bundesländerübergreifende Studie über die Behandlung von Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit Psychopharmaka. Med. Diss. Universität Rostock
- HÄSSLER F (1998) Psychopharmakotherapie bei geistig Behinderten. *Psychopharmakotherapie* 5: 76-80
- HÄSSLER F, BUCHMANN J, REIS O (2005): Psychopharmaka und Polypharmazie. Die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. *Nervenheilkunde* 9: 811- 8
- HEIJKOOP, J. (2002): Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung . Neue Wege der Begleitung und Förderung. Beltz, Weinheim, Basel, 2. unveränderte Aufl.
- MEINS W, AUWETTER J, KRAUSZ M, TURNIER Y (1993): Behandlung mit Psychopharmaka in unterschiedlichen Einrichtungen für geistig Behinderte. *Nervenarzt* 64:451-455
- PANTEL, J., WEBER, B., BOCKENHEIMER-LUCIUS, G., EBSSEN, I. (2005): Abschlussbericht: Psychopharmaka im Altenpflegeheim. Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. <http://www.gesetzeskunde.de/rechtsalmanach/Heimrecht/PsychopharmakaimAltenheimBericht05.pdf> (14.11.2005)
- PIES, S. Haftungsrecht in der Pflege. www.pflegenet.com
- RÖSSERT, B., STEIGER, P. (2003): Es geht doch ohne Psychopharmaka. Mehr Lebensqualität für Menschen mit herausforderndem Verhalten. *Geistige Behinderung* H.4, 2003, 317-328
- SCHMIEDER, M. (2006): Psychopharmakotherapie in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe – Einstellungen und Erfahrungen der Mitarbeiter. Unveröffentl. Diplomarbeit an der Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe im Studiengang Heilpädagogik
- SINGH NN, ELLIS CR, WECHSLER HBA (1997) Psychopharmacoepidemiology of mental retardation: 1966 – 1995. *J Child Adolesc Psychopharmacol*; 4: 255 – 66
- SPREAT S, CONROY J, JONES J (1997) Use of psychotropic medication in Oklahoma: A statewide survey. *Am J Ment Retard*; 1: 80-5
- SPREAT, S., CONROY, J., FULLERTON, A. (2004): Statewide Longitudinal Survey of Psychotropic Medication Use for Persons With Mental Retardation: 1994 – 2000. *American Journal on Mental Retardation* 109(4)(2004)322-331 Liste Nr. 28

- STELZNER G, RIEDEL-HELLER SG, SONNTAG A, MATSCHINGER H, JAKOB A, ANGERMEYER MC: Determinanten des Psychopharmakagebrauchs in Alten- und Altenpflegeheimen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34: 2001, S. 306-312
- STOLKER JJ, KOEDOOT PJ, HEERDINK ER, LEUFKENS HGM, NOLEN WA (2002) Psychotropic drug use in intellectually disabled group-home residents with behavioural problems. Pharmacopsychiatry; 35: 19-23
- WEYERER, S. et al. (1996): Epidemiologie des Gebrauchs von Psychopharmaka in Altersheimen. Gesundheitswesen 58, 201-206

Über die Schwierigkeiten, eine auf Dauer optimale Behandlung zu bekommen - Erfahrungen eines Angehörigen -

Günter Jaspert

Sehr herzlich möchte ich mich einleitend dafür bedanken, dass ich mich aus der Sicht eines Angehörigen an den fachlichen Erörterungen der wichtigen Frage des Nutzens und/oder Schadens von Psychopharmaka für Menschen mit geistiger Behinderung beteiligen darf. Ein früherer Mitstreiter im Bundesvorstand der Lebenshilfe, Andreas WARNKE, Direktor der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Würzburg, schrieb mir dazu: *„Mich freut, dass Sie die elterliche Sichtweise in diesen Themenbereich einbringen. Die Beteiligung der Angehörigen wird, soweit ich das übersehen kann, schwerwiegend vernachlässigt.“* Eine solche Aussage erhöht den Erwartungsdruck und bringt mich gleich aus zwei Gründen in eine schwierige Lage. Zum einen hat in erster Linie meine Frau die physisch und psychisch belastenden Erfahrungen mit unserem Sohn in dessen Kindheit und Jugendzeit gemacht, während ich häufig dienstlich in Bonn oder auf Dienstreisen oder aber auch als Mitglied des Bundesvorstandes der Lebenshilfe in Marburg tätig war. Zum anderen bin ich aber nach meiner Tätigkeit in der Lebenshilfe und in Verbindung damit als Teilnehmer oder jedenfalls Zuhörer bei fachlichen Erörterungen nicht mehr so ganz der Laie reinsten Wassers, dessen Erkenntnisse sich auf elterliche Erfahrungen beschränken.

Das Thema unserer heutigen Tagung ist für geistig behinderte Menschen und deren Angehörige besonders bedeutsam, weil, wie aus wissenschaftlichen Publikationen bekannt ist, geistig behinderte Menschen nicht nur wie anderen Menschen auch unter psychischen Störungen leiden, sondern diese Störungen bei ihnen 3 bis 4 mal häufiger auftreten als in der übrigen Bevölkerung und auch öfter zu schwerwiegenden Lebensproblemen führen. (vgl. WARNKE 2007; HENNICKE 2007, 4). Was hier als „Lebensprobleme“ bezeichnet wird, stellt die Angehörigen, in erster Linie die von der geistigen Behinderung ihres Kindes in ihrer Lebensführung ohnehin schon stark beeinträchtigten Eltern, vor noch weitergehende Belastungen, wenn sie tagtäglich miterleben müssen, wie ihr Kind zusätzlich unter den Folgen einer psychischen Erkrankung leidet : unter völliger Teilnahmslosigkeit, Erregungszuständen, Stereotypen und vielfach auch Aggressivitäten gegenüber sich selbst oder anderen Menschen. Es ist sicherlich verständlich, dass für sie therapeutische Hilfe, d.h. eine zutreffende Diagnose und eine auf Dauer wirksame Behandlung, ein sehr dringendes Anliegen ist. Auf der Suche danach erfahren die Eltern, dass die Hilfe aus zweierlei Bereichen kommen kann, in denen in den letzten Jahren große Fortschritte erzielt worden sind: einer Therapie im Rahmen der Heilpädagogik und im medizinischen Bereich einer pharmakologischen Behandlung.

Das Thema der heutigen Tagung betrifft auf den ersten Blick nur den zweiten Bereich. Mein spezielles Thema, die Suche nach einer auf Dauer guten Behandlung,

kann die Heilpädagogik nicht ausklammern, weil es hier meines Erachtens kein „entweder – oder“ gibt oder geben sollte, die Erfolgsaussichten jedenfalls größer sind, wenn Maßnahmen aus beiden Bereichen zusammen kommen und sich ergänzen. So einfach wie Eltern sich das vorstellen mögen, ist das aber leider nicht, weil es Psychiatrie und Heilpädagogik noch nicht oder jedenfalls noch nicht überall gelungen ist, eine gemeinsame Behandlungskonzeption zu entwickeln. Auf die Gründe will ich hier nicht eingehen. Im Rahmen eines Themas betreffend die Schwierigkeiten, eine optimale Behandlung zu bekommen, muss dieses Defizit aber erwähnt und diskutiert werden. Ich bin aus meinen Erfahrungen in der Lebenshilfe davon überzeugt, dass Medikation ohne heilpädagogische Maßnahmen oft nicht ausreicht und andererseits diese Maßnahmen in vielen Fällen nur ermöglicht werden können, wenn zuvor oder gleichzeitig eine Behandlung mit Psychopharmaka erfolgt (vgl. WARNKE 1996, 202 f.).

Nun aber konkret zu unserem Thema: “ Psychopharmaka in der Behindertenhilfe, Fluch oder Segen?“ Die Frage ist sicherlich nicht in der Erwartung formuliert worden, bei der heutigen Tagung zu einer eindeutigen Aussage zugunsten einer der Alternativen zu kommen. Jede Antwort könnte Zustimmung finden aber auch Widerspruch. Vielleicht lässt sich ja aus der Sicht betroffener Eltern eine Bewertung finden, die zwischen den beiden so unversöhnlich klingenden Extremen liegt. Dazu ist aus unserer Sicht zunächst ein Rückblick auf die Erfahrungen erforderlich, die wir bei der Suche nach einer optimalen Behandlung für unseren geistig und psychisch behinderten Sohn Markus erlebt und erlitten haben.

Nach seiner Geburt im Jahr 1964 und in den beiden ersten Lebensjahren war weder für uns noch für die behandelnde Kinderärztin eine Behinderung erkennbar. Im dritten Lebensjahr fiel meiner Frau auf, dass er in seiner Entwicklung im Vergleich zu anderen Kindern zurückblieb. Die Kinderärztin verneinte aber eine mentale Beeinträchtigung und ging sogar soweit zu sagen, wenn überhaupt einer von beiden eine psychiatrische Behandlung brauche, dann sei das nicht der Sohn, sondern meine Frau. Wir wechselten zu einem von der Lebenshilfe Bonn empfohlenen Vertrauensarzt, der nach Auswertung einer EEG-Untersuchung zunächst ebenfalls eine geistige Behinderung verneinte und uns versicherte, dass Markus kein Kind sei, dass jemals von der Lebenshilfe betreut werden müsste. Erst später, nach Vorliegen eines sehr drastisch von seiner Auffassung abweichenden psychologischen Gutachtens, änderte er seine Meinung. Eine von ihm nach Auftreten von Fieberkrämpfen bei unserem Sohn veranlasste Luftencephalographie führte zu keinem eindeutigen Ergebnis. Inzwischen hatte an der Universität Mainz Prof. PECHSTEIN, zuvor Mitarbeiter von Prof. HELLBRÜGGE in München, ein kinderneurologisches Zentrum eingerichtet. Dort wurde Markus eingehend untersucht und eine frühkindliche Hirnschädigung ungeklärter Ätiologie festgestellt. Erstmals wurden uns hier heilpädagogische Fördermaßnahmen empfohlen, die aber eine regelmäßige Präsenz in Mainz erfordert hätten. In Bonn gab es zu der Zeit noch kein entsprechendes Angebot.

Ich habe diese Entwicklung dargestellt, um zu zeigen, wie schwierig es vor gar nicht so langer Zeit war, eine zutreffende Diagnose als Grundlage für eine hilfreiche

Therapie im Bereich der geistigen und psychischen Behinderung zu erreichen. Und wie sieht es heute aus?

Nachdem Markus zuvor nur ein Medikament gegen Krampfanfälle und einen Beruhigungssaft verordnet bekommen hatte, wurde ihm vor ca. 11 Jahren nach einer schweren psychischen Erkrankung im Zusammenhang mit einer bevorstehenden Trennung von zu Hause erstmals das Neuroleptikum *Risperdal* verordnet und zwar - erst nach einem Schluckkrampf - zusammen mit *Akineton*. Später kamen *Melperon* und bei Bedarf *Promethazin* hinzu. Damit begann unter den gegebenen Umständen für unseren Sohn und damit auch für uns eine gute Zeit. Die Psychopharmaka waren nach allem, was wir zuvor erlitten hatten, in zunehmendem Maße ein Segen.

Aber leider zeigten die Medikamente nach etwas mehr als zehn Jahren ihre negative Kehrseite, auf die wir überhaupt nicht vorbereitet waren. Vier Fachärzte, drei ambulant und einer im Bonner Landeskrankenhaus, haben Psychopharmaka verschrieben. Eine Aufklärung über die damit verbundenen Nebenwirkungen - vor allem Dyskinesien - und damit im Zusammenhang ein gemeinsames Abwägen der Vor- und Nachteile verschiedener Medikationen ist nicht erfolgt. Ein eindeutiger Hinweis auf das Ausmaß drohender Schäden lässt sich auch dem „Beipackzettel“ von *Risperdal* nicht entnehmen. Dort werden zwar als gelegentliche Nebenwirkungen „*unwillkürliche Körperbewegungen, Zittern, Muskelsteife, übermäßige Speichelresekation, Sitzunruhe*“ und auch „*verlangsamte Bewegungen bis hin zur Unbeweglichkeit*“ genannt, jedoch mit dem verharmlosenden Zusatz: „*Diese Erscheinungen sind in der Regel gering ausgeprägt und bilden sich bei Dosisverminderung bzw. unter Behandlung mit einem Antiparkinsonmittel zurück*“. Nicht „möglicherweise“ oder „in vielen Fällen“, nein, da steht eindeutig: „bilden sich zurück.“ Ob das „in der Regel“ richtig ist? Bei unserem Sohn Markus, der in den Bereichen Sprache und Gesang bis dahin seine relativen Stärken hatte, zeigte sich in schnell zunehmendem Maße eine Muskelversteifung im Mundbereich. Beim Sprechen und Singen zieht er die Ober- und Unterlippe über die Zähne. Das ist nicht nur eine ihn sehr belastende optische Beeinträchtigung, es hindert ihn auch daran, artikuliert zu sprechen. Da Markus diese Störung sehr deutlich spürt, äußerten sich seine negativen Empfindungen in Verhaltensauffälligkeiten, denen von dem behandelnden Facharzt mit einer Erhöhung der Dosis des verursachenden Medikamentes begegnet werden sollte.

Ein anderer, uns bekannter Psychiater widersprach dem sehr heftig und hielt einen allmählichen Abbau von *Risperdal* für angezeigt, während eine Urlaubsvertretung des behandelnden Arztes dem widersprach und zusätzlich die Einnahme von *Biperiden* (früher *Akineton*) und das Absetzen von *Promethazin* verordnete.

Da sich über Wochen an dem Zustand unseres Sohnes nichts änderte, ist der behandelnde Arzt auf unser Drängen hin jetzt dazu übergegangen, in kleinen Schritten *Risperdal* durch ein anderes Neuroleptikum *Seroquel* zu ersetzen. Die Umstellung ist inzwischen – bei gelegentlich hektischen Unruhezuständen - abgeschlossen. Es bleibt abzuwarten, wie sie sich auf die Dyskinesie im weiteren Verlauf auswirken wird, eine Besserung zeigt sich nach mehr als drei Monaten noch nicht.

Die Aufforderung im Beipackzettel, bei Vorliegen der genannten Nebenwirkungen unverzüglich den Arzt aufzusuchen, vermittelt dem Patienten den Eindruck, dass ihm dann mit eindeutigen Aussagen und Anweisungen auch unverzüglich geholfen werden könne. Das ist sicherlich ganz besonders bei psychischen Erkrankungen, bei denen die Fortschritte im Bereich der technischen Diagnostik weitgehend nicht anwendbar sind, ein Irrtum. Das liegt gewiss nicht an den Ärzten, sondern an den individuell sehr unterschiedlichen Reaktionen der einzelnen Patienten auf bestimmte Behandlungen und Medikamente. Wie komplex die Ausgangssituation im psychischen Bereich ist, zeigt sich zum Beispiel daran, dass Symptome der Psychose selbst, wie z.B. Erregtheit, Hyperaktivität, Schlaflosigkeit, Aggressivität, auch als Nebenwirkung von Medikamenten auftreten können, die gegen diese Erkrankung verschrieben werden. Bei Patienten mit geistiger Behinderung kommt sicherlich noch hinzu, dass Diagnose und Wirkungskontrolle je nach Schwere der Behinderung erheblich erschwert werden.

Ein weiterer Grund ist meines Erachtens aber auch die noch unzureichende Forschung auf dem Gebiet der positiven und negativen Wirkungen der Psychopharmaka. Soweit ich das aus meinen Gesprächen mit Ärzten im Bundesvorstand der Lebenshilfe beurteilen kann, fehlen – für mich völlig unverständlich - Langzeitstudien und vor allem auch Nebenwirkungskontrollen, aus denen sich generelle Schlussfolgerungen und damit auch Erkenntnisse für sehr unterschiedliche Einzelfälle ergeben könnten. All dieses trägt aus der Sicht eines medizinischen Laien, der allerdings als betroffener Elternteil die Entwicklung mit einem sehr großen Interesse verfolgt, zu den Schwierigkeiten bei, im Bereich Psychiatrie für Menschen mit geistiger Behinderung eine optimale ärztliche Behandlung zu finden.

Die Tatsache, dass die DGSGb die Frage nach Segen oder Fluch des Einsatzes von Psychopharmaka zum Thema ihrer heutigen Fachtagung gemacht hat, ist aus der Sicht betroffener Eltern zu begrüßen und stimmt uns zuversichtlich. Die Chancen für geistig behinderte Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, eine auf Dauer wirksame Behandlung zu finden, steigen nicht durch Kontroversen, in denen die Daseinsberechtigung des einen oder anderen Behandlungsansatzes verneint oder gar verteufelt wird. Eine uneingeschränkte Anerkennung der Psychiatrie in der Behindertenhilfe würde es meines Erachtens sehr schnell geben, wenn es gelänge, die Wirkungen der Medikamente in stärkerem Maße als bisher zu erforschen und - wie es in anderen Bereichen der Medizin schon in höherem Maße gelungen ist - die Nebenwirkungen in den Griff zu bekommen. Vielleicht trägt unsere heutige Tagung dazu bei, das ist jedenfalls mein Wunsch, dem sich sicherlich viele behinderte Menschen und deren Angehörige gerne anschließen würden, neue Anstöße zu geben, damit Psychopharmaka in der Behindertenhilfe in hoffentlich nicht zu ferner Zukunft uneingeschränkt als „Segen“ bezeichnet werden können.

Literatur

- WARNKE, A. (2007): Kap. 14 Intelligenzminderung. In: Remschmidt, H., Mattejat, F., Warnke, A. (2007): Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Thieme, Stuttgart, S. 189 ff.

- HENNICKE, K. (2007): Zur Einführung: Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Henniecke, K. (Hrsg.): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger Behinderung - Möglichkeiten der Prävention. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 10.11.2006 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 15, Berlin
- WARNKE, A (1996): Die Bedeutung der Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Heilpädagogik. In: Opp, G., Peterander, F. (Hrsg.): Focus Heilpädagogik - Projekt Zukunft. Festschrift zum 70. Geburtstag von Otto Speck. Verlag Ernst Reinhardt, München

„Eigentlich sind wir ja dagegen!“ Medikamente und/oder Pädagogik - Warum tut sich die Behindertenhilfe so schwer ?

Heiner Bartelt

Im nachfolgenden Beitrag möchte ich einige Anmerkungen zur Frage des Umganges mit Psychopharmaka aus Sicht der (Heil-)Pädagogik zu machen. Der Rückgriff auf Psychopharmaka in der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung scheint mir in der Praxis oft Ausdruck einer erlebten Hilflosigkeit oder Ohnmacht gegenüber bestimmten geäußerten Verhaltensmustern und damit Ausdruck einer Sinnkrise pädagogischer Selbstwirksamkeit. Deshalb möchte ich in meinem Beitrag versuchen, einige grundsätzlichere Überlegungen anzusprechen, die sich nicht allein auf den Einsatz von Psychopharmaka beziehen, sondern auf die Pädagogik bei Menschen mit einer geistigen Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen. Lassen Sie mich zunächst noch zwei Bemerkungen voranstellen:

Vorbemerkung 1

Ich verstehe mich – auch oder gerade – nach etwa 30 Jahren Tätigkeit in der Begleitung von Menschen mit Behinderung unverändert als Vertreter eines pädagogischen Optimismus. Meine – wesentlich auf Kinder und Jugendliche begrenzte - praktische Erfahrung hat mich davon überzeugt, dass Pädagogik weit mehr vermag als oft - gerade von ihren eigenen Vertreter/innen – angenommen. Die Erfahrung hat mich aber auch gelehrt, dass sich dieses Vermögen, Menschen bei der Befreiung aus ihrer *Verwicklung* zu einer individuellen *Entwicklung* hin zu begleiten und zu unterstützen, oft weit besser greift, wenn eine Zusammenarbeit der Pädagogik mit weiteren Disziplinen aktiv gestaltet wird. Dieses aktive Gestalten hat nichts, aber auch gar nichts zu tun mit dem weiterhin viel zu häufig zu beobachtenden „Abgeben des Falles“ an eine andere Fachdisziplin: *„Wir arbeiten hier eng mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammen. Wenn wir nicht mehr weiter wissen, überweisen wir den/die Bewohner/in in die Klinik“*.

Es macht den Eindruck, als wenn der betroffene Mensch nur mit bestimmten Anteilen seiner Person und Lebenswirklichkeit ein Anliegen der Pädagogik wäre, während andere, unter dem dehnbaren Oberbegriff „Verhaltensstörung“ zusammengefasste Anteile desselben Menschen, nicht Sache von uns Pädagogen wären.

Ich möchte einige Überlegungen zum Verhältnis von Pädagogik und Psychopharmaka benennen, mit dem Ziel, eine solche aktiv gestaltende Zusammenarbeit der Disziplinen Pädagogik, Psychiatrie und Psychologie zu stärken. Ich sehe dies als Versuch, einem wesentlichen Grundsatz meines pädagogischen Verständnisses in der Begleitung von Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen Gültigkeit zu verschaffen, nämlich immer wieder in der Beziehungsgestaltung von reaktiven Handlungen – und die Vergabe

von Psychopharmaka ist ein reaktiver Akt - zum eigenen Agieren und damit aktiven Handeln zu gelangen, und dies ebenso auch bei der Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen.

Vorbemerkung 2

Ich wünsche mir, dass die hier benannten Thesen mit Erfahrungen der eigenen beruflichen Praxis verglichen werden, um deren Bedeutung oder Haltbarkeit zu prüfen. Ich habe keine empirischen Nachweise und keine Befragungen, die die von mir geäußerten Überlegungen stützen. Sie sind allein Ergebnis eines Nachdenkens über die häufig noch erschreckende Realität in Wohneinrichtungen 30 Jahre nach dem Aufbruch der Psychiatrie-Enquete und ebenso langer eigener Tätigkeit in diesem System. Entsprechend sind sie nur bruchstückhaft und vielleicht auch provozierend, aber das wäre ja schon ein sehr erfreulicher Anlass zur weiteren Auseinandersetzung und Ursachenforschung.

Beobachtungen aus der Praxis

Die Pädagogik der Behindertenhilfe fühlt sich heute generell der Integration verpflichtet. Gleichwohl ist die Begleitung von Menschen mit herausforderndem Verhalten im Alltag eher durch Separation als durch Integration bestimmt. Die von professionell Mitarbeitenden oft gemachten Erfahrungen, in der Begleitung von Menschen mit herausforderndem Verhalten an die Grenzen des bestehenden Hilfesystems zu gelangen, ebenso wie an eigene persönliche Grenzen, haben in den vergangenen Jahren unter anderem zur Schaffung einer Vielzahl von Intensiv- oder Sondergruppen in Einrichtungen der Behindertenhilfe geführt. So sehr diese besonderen Gruppen in vielen Fällen ihre Berechtigung haben – ich selbst habe in meiner Einrichtung eine solche Wohngruppe eingerichtet – müssen wir uns immer wieder deutlich machen, dass der Charakter dieser Gruppen eher isolierend und wenig integrierend ist. Insbesondere gilt dies dann, wenn das Wohnen und Leben in einer solchen Gruppe nicht nur vorübergehend stattfindet, sondern langfristige Lebensrealität ist und oft auch weitere soziale Kontakte, wie Werkstatt- oder Schulbesuch ebenfalls nicht stattfinden.

In einer integrationsorientierten Fachlichkeit bedeutet dies gleichzeitig aber die schleichende Ausgrenzung und Separierung einer wachsenden Zahl von Menschen, für die diese Zielsetzungen und Rechte nicht gelten. Zu dieser „äußeren“ Isolation tritt dann noch häufig eine „innere“ Distanzierung der beteiligten Mitarbeitenden, die dann in einer „Haltung“ den betroffenen Menschen gegenüber zum Ausdruck kommt, die genau die nicht gewünschten Verhaltensweisen eher fördert, anstatt dem Menschen Alternativen zu seinem aggressiven, selbstverletzenden oder stereotypen Verhaltensmuster zu bieten. Die Frage der Funktion von Psychopharmaka in der (stationären) Behindertenhilfe betrifft ganz überwiegend die Personengruppe mit herausfordernden Verhaltensweisen.

Um mich dieser Fragestellung zu nähern, muss ich mich damit auseinandersetzen, welches Menschenbild und damit welche Haltung ich gegenüber diesen besonderen Menschen als sie begleitender Pädagoge habe.

„Für so etwas bin ich nicht ausgebildet!“ Eine Aussage von Sonderschullehrern, die mir in Beratungen immer häufiger begegnet und „Der bräuchte eigentlich auch eine andere Gruppe!“ oder noch eindeutiger „Die gehört hier nicht hin!“, sind Aussagen, die in Wohnbereichen immer wieder im Zusammenhang mit Menschen mit herausforderndem Verhalten zu hören sind.

Lassen Sie mich kurz einfügen: Die Erfahrung, eigene fachliche, aber häufig auch persönliche Grenzen in der Begleitung eines schwierigen Menschen überschritten zu sehen, fördert Gefühle des Mitarbeitenden von „Hilflosigkeit“ oder „Ohnmacht“ und führt oft zu einer Haltung des „sich nicht verantwortlich Fühlens“, um eigene Versagensängste oder weitere Verletzungen abzuwehren, in dem die „Nichtverantwortlichkeit“ oder „Nichtzuständigkeit“ eine innere Distanzierung zum betreuten Menschen ermöglicht. Gleichzeitig verhindert die eigene „Nichtzuständigkeit“ die weitere Auseinandersetzung in meiner Wohngruppe oder in meiner Klasse oder meiner Werkstattgruppe mit dem Betroffenen und damit die Entwicklung anderer, neuer, gemeinsamer Wege. Mein Betreuungsauftrag ist als Konsequenz dieser Haltung ja letztlich gar nicht (mehr) gegeben, zumindest aber nur begrenzt auf das Suchen nach dem „anderen“, dem „richtigen“ Betreuungsumfeld.

Diese Haltung prägt auch unmittelbar das Verhältnis zur Vergabe von Psychopharmaka in der Behindertenhilfe. Sich möglicherweise anbietende (noch offene) pädagogische Handlungsfelder bleiben unberücksichtigt. An ihre Stelle tritt der Ruf nach einer medikamentösen Behandlung, die das (im Grundsatz oft sehr erklärliche) Verhalten verändern, im besten Falle verschwinden lassen soll.

Beispiel 1

In eine Einrichtung der Behindertenhilfe wird ein 9-jähriger Junge aufgenommen. Der Junge hat in seiner Familie massive Gewalterfahrungen erlebt. Seit dem sechsten Lebensjahr wird er fremd betreut. Vor der Aufnahme in die aktuelle Einrichtung hat er bereits zwei weitere Heime „durchlaufen“, die seinem Förderbedarf nach ihren Aussagen aufgrund seiner zunehmenden Verhaltensauffälligkeit nicht „gerecht“ wurden und es deshalb zu den Wechseln kam. Der Junge, ich nenne ihn Mark, weigert sich nun am Abend, die „Regel“, um 20.30 Uhr ins Bett zu gehen, einzuhalten. Er läuft aus seinem Zimmer immer wieder heraus und in der sich anschließenden Auseinandersetzung mit den Betreuern, droht er damit wegzulaufen. Erst nach langen Auseinandersetzungen mit den entsprechenden Konflikten, schläft er schließlich ein.

Vier Tage nach seiner Aufnahme diskutiert das Team, ob freiheitsentziehende Maßnahmen – wohlgemerkt gedacht ist an einen Bauchgurt, da das Verschließen des Zimmers wegen des Mitbewohners nicht möglich ist – oder eine medikamentöse Hilfe nicht unverzichtbar sind. Es wird die Vorstellung bei einem Facharzt beschlossen, mit der Bitte, ein entsprechendes „Beruhigungsmittel als Einschlafhilfe“ zu verordnen. Bis zum Einsetzen der Wirkung soll der Bauch- und Brustgurt zum Einsatz kommen. Diese Maßnahmen werden sorgfältig dokumentiert, ein Antrag an das Amtsgericht auf (vorübergehende) Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen wird vorbereitet.

Dieses Beispiel ist nicht Ausdruck eines erschreckenden Einzelfalles, sondern steht eher für alltäglich wiederkehrende Erfahrungen von Menschen mit Behinderung. Das gerade benannte Team besteht ausschließlich aus Fachkräften. Die leitende

Frage scheint darauf reduziert, wie schaffe ich eine für mich weniger belastende Situation und wie sichere ich mich in unserem System rechtlich ab. Wir können gewiss sein, dem Antrag wird durch den Familienrichter stattgegeben und alles ist rechtlich einwandfrei. Was fehlt, ist die Identifikation mit dem Kind, seinen Ängsten vor Verlust und dem Ruf nach Sicherheit und Geborgenheit. Ich glaube, was ein 9-jähriges Kind braucht, ist die Zimmertür noch einen Spalt offen und das Licht im Flur brennen zu lassen. Und sicherlich braucht dieses Kind mit seinen wahrscheinlich traumatischen Erfahrungen von Verlusten noch einiges Mehr an Sicherheit und Geborgenheit. Dieser sehr nachvollziehbare kindliche Wunsch nach der offenen Tür, der ganz sicherlich bei jedem der Mitarbeitenden im Team für das eigene Kind Gültigkeit hätte, kann in dieser professionellen Situation offensichtlich nicht mehr wahrgenommen werden.

Dies würde zu der These führen: *Das professionelle Selbstverständnis, es mit „besonderen“; „ungewöhnlichen“, „schwierigen“ oder „abweichenden“ Menschen zu tun zu haben, versperrt die Sicht auf „alltägliche“, „vertraute“, „einfache“ oder „übliche“ Wahrnehmungen meines Gegenübers und entsprechenden (nahe liegenden) Antworten.*

Im Übrigen scheint es mir lohnenswert, über diese Aussage weiter „nachzudenken“. Es gibt ganz ähnliche Erfahrungen von mir aus der Praxis, wenn es etwa um Eigentumsdelikte oder sexuelles Experimentieren von Jugendlichen mit geistiger Behinderung geht. Häufig fehlt in diesen Situationen der (vergleichende) Blick der Professionellen hinüber zum Alltag nicht behinderter Jugendlicher. Sehr rasch werden dann in Teambesprechungen zum Teil weit reichende Konsequenzen gefordert, ein sofortiges Reagieren, anstelle eines aktiven Innehaltens. Dabei geht es mir nicht um eine unverantwortliche Bagatellisierung oder Verharmlosung des Einzelfalles, sondern eher um ein Plädoyer für eine „erzieherische Präsenz“, also die Botschaft, „ich nehme Dich wahr, ich bin an Dir interessiert“, um dann das Wahrgenommene entsprechend einordnen zu können.

Beispiel 2:

Bei einer jungen Frau ohne aktive Sprache, die auch in der Vergangenheit immer wieder selbst verletzend und auch fremdaggressive Reaktionen gezeigt hat, nehmen diese herausfordernden Verhaltensweisen nach dem Wechsel ihrer Werkstattgruppe deutlich zu. Es kommt nun täglich zu Verweigerungshandlungen und bei Einschreiten der Mitarbeiter der Werkstattgruppe auch zu Selbstverletzungen in Form von Beißen und Übergriffen auf Mitbeschäftigte und Mitarbeiter. Der Austausch mit dem Wohnheim, in dem die junge Frau lebt, zeigt, dass auch dort die problematischen Verhaltensweisen zugenommen haben. Auch hier interpretiert man dieses Verhalten als Ausdruck von Problemen bei der Bewältigung der neuen Lebenssituation. Der die Einrichtung beratende Facharzt wird konsultiert und eine Vergabe von „Dipiperon“ wird verordnet, um den aggressiven Ausbrüchen zu begegnen. Durch die morgens und abends vergebene Medikation werden die aggressiven Handlungen zwar für die Mitarbeiter handhabbarer, eine Art Grundspannung bleibt aber bei der jungen Frau erhalten. Ca. 3 Wochen nach Ansetzen der Medikation, erbricht die junge Frau blutiges Sekret. Bei der sofort eingeleiteten Untersuchung im Krankenhaus wird ein Ulcus (Magengeschwür) in weit fortgeschrittenem Zustand diagnostiziert. Die junge Frau muss seit Wochen unter sehr starken Schmerzen gelitten haben.

Dieses zweite Beispiel macht noch grundsätzlicher deutlich, wie Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen einer eingeschränkten, isolierenden Wahrnehmung durch ihre Umgebung ausgesetzt sind. Die bisherige Erfahrung mit der jungen Frau führt dazu, dass auftretende selbstverletzende oder aggressive Reaktionen von den Mitarbeitern sogleich allein mit psychischen oder emotionalen Faktoren verbunden werden. Die – gerade bei Menschen mit herausforderndem Verhalten – eingeschränkte, oft geradezu stigmatisierende Wahrnehmung des Betroffenen nur noch durch sein gezeigtes schwieriges Verhalten, macht es kaum möglich, den Blick für die gesamte Persönlichkeit des Anderen offen zu halten. So werden neue Besonderheiten rasch monokausal erklärt. Damit gehen nicht nur, wie vorhin benannt, pädagogische Handlungsalternativen, verloren, sondern sogar die Beachtung gänzlich anderer Ursachen für das gezeigte Verhalten, wie in diesem Beispiel, findet nicht statt. Da nur in wenigen Fällen die professionellen Begleiter durch so eindeutige Zeichen wie in diesem Beispiel, auf eine organische Ursache hingewiesen werden, bleibt die Zahl der Menschen, bei denen möglicherweise organische Beschwerden (also Zahnschmerzen, Unterleibsbeschwerden, etc.) die Ursache des aktuell gezeigten Verhaltens sind, im Dunkeln. Wir müssen aber befürchten, dass die Fälle, in denen fälschlicherweise mit Psychopharmaka auf nicht wahrgenommene organische Problematiken reagiert wird, nicht selten sind.

Diese beiden Beispiele leiten unmittelbar über zum nächsten Aspekt meines Beitrages:

Zur Ambivalenz der (Heil-)Pädagogik im Umgang mit Psychopharmaka

Die Berliner Befragung von K. HENNICKE (in diesem Heft) hat sehr eindrucksvoll die unverändert hohen Vergaben von Psychopharmaka in der stationären Behindertenhilfe belegt. Ich selbst habe in den vielen Jahren Berufspraxis eine hochgradig ambivalente Haltung zu diesem Thema erlebt, die oft geradezu einer Spaltung zwischen Erkenntnis und Handlung gleichkommt. In der ganz überwiegenden Mehrzahl der pädagogischen Konzepte von Einrichtungen der Behindertenhilfe gibt es keinerlei Aussagen zur „Vergabe von Medikamenten“, nur in sehr wenigen Schriften aus der Praxis wird dieses Thema überhaupt aufgegriffen und dann in der Regel, um den kritischen Umgang mit „Medikamenten insb. Psychopharmaka“ deutlich zu machen. Auch in den weitergehenden Betreuungs- und Begleitungskonzepten kommt der (unterstützende oder ergänzende) Rückgriff auf Medikamente nicht vor.

Die betreuten und begleiteten Menschen mit Behinderung werden dort alle in ihrer ganzen Persönlichkeit angenommen und in individueller (Bezugs-)betreuung, orientiert an ihren persönlichen Wünschen und ihrem Recht auf Selbstbestimmung durch pädagogische Mittel auf ihrem Entwicklungsweg begleitet. Wenn ich diese Aussage nicht als ironisierende Karikatur begreife, sondern als fachliche Position ernst nehme, setzt dies einen außerordentlich großen pädagogischen Optimismus voraus. Diesem Optimismus entspricht aber nicht die Erfahrung in der Praxis. Hier scheinen – durch Rahmenbedingungen der Politik oder des Trägers, durch

räumliche oder personelle Voraussetzungen und häufig eben auch durch die bisherigen lebensgeschichtlichen Erfahrungen der Betroffenen und ihrer daraus entwickelten Verhaltensmuster – die pädagogischen Erwartungen nicht (allein) zu greifen. Begleitungen des Betroffenen stellen sich als nur schwer leistbar dar, Regeln werden von ihm nicht eingehalten, auf bestimmte Situationen wird von ihm „unangemessen“ reagiert.

So wird eine zusätzliche Unterstützung in der Betreuungsarbeit oft durch die Vergabe von Medikamenten erhofft, ohne sich mit der hiermit verbundenen Veränderung der eigenen Haltung und Sichtweise besonders auseinander zu setzen. Diese offensichtliche Widersprüchlichkeit gelingt einerseits dadurch, dass ein erheblicher Teil der betreuten Menschen, eine Verordnung bzw. „Karriere“ im Bereich von Psychopharmaka bereits mitbringt und ich als professionelle(r) Begleiter(in) diese Vorerfahrung beinahe als zur Biographie der Person gehörenden Teil des Betroffenen „miterbe“, also hierfür nicht verantwortlich bin. Da die Verordnung durch Fachärzte erfolgt, also nicht in meiner Entscheidungsfreiheit liegt; gilt dieses „nicht verantwortlich Sein“ ja auch dann weiter, wenn eine aktuelle medikamentöse Behandlung verordnet wird. Und auch das Aufsuchen des Facharztes durch den betroffenen Menschen selbst, ist ja oft eher Ausdruck eines mangelnden Vertrauens in den Halt menschlicher Begleitung und von der Hoffnung geleitet, einen im wahrsten Sinne „greifbaren Halt“ durch das Medikament zu finden.

Diese Situation wird dadurch verstärkt, dass als Folge der Verdrängung bzw. Tabuisierung auch kaum Wissen über die eingesetzten Medikamente bei der ganz überwiegenden Mehrheit der Pädagogen herrscht. Es gibt weder Kenntnisse über die Anwendungsformen, Zuordnungen zu Medikamentengruppen, wie Neuroleptika oder Antidepressiva, Wirkweisen oder Dosierungen. Nebenwirkungen werden häufig vermutet, aber nicht fachlich überprüft eingeschätzt. Die Vergabe erfolgt oft ohne enge Rückbindung zum verordnenden Facharzt, notwendige Kontrollen, etwa des Medikamentenspiegels unterbleiben, weil auch dies oft nicht bekannt ist. Entsprechend sind die Rückmeldungen der Pädagogen an die beteiligten medizinischen Kollegen sehr vage und oft auch einfach falsch. Solange aber das Thema „Psychopharmaka“ Teil der „dunklen Seite“ der Heilpädagogik ist, bleibt dieser Zustand von Unwissenheit weiter erhalten.

Ein erster und wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer Positionierung in der Praxis zum Thema „Psychopharmaka“ wäre eine aktive Auseinandersetzung mit diesem Prozess der Verantwortungsübernahme und der Erwartungen an die Wirkungen eines Medikamentes über Allgemeinplätze wie „Spannungsverringering“ oder „Reizreduktion“ oder „Aggressionshemmung“ hinaus. Wichtig wären stattdessen möglicherweise Fragen, wie. „Was erlebe ich an der Situation so belastend?“ „Wie wünsche ich mir den Bewohner künftig?“ und „Was möchte ich ihm oder ihr anbieten, wenn sich sein Verhalten ändert?“

Die „mystische“ Bedeutung von Psychopharmaka in der (Heil-)Pädagogik

Dabei unterstützen solch „gefühlte“ und ungenaue Erwartungen, die an die Stelle von gesichertem Wissen treten, eher ein beinahe „mystisches Verständnis“ von Psychopharmaka in der alltäglichen Arbeit. Diese von mir „mystisch“ genannte Wirkweise von Psychopharmaka äußert sich in drei unterschiedlichen Alltagsanwendungen:

Da ist zum Einen das *lange Festhalten an einmal verordneten Medikationen*. Ganz ähnlich wie bei anderen isolierenden Maßnahmen, wobei die Vergabe von Psychopharmaka natürlich nicht immer nur der Wahrnehmungseinschränkung dient, sondern ja auch das genau gegenteilige Ziel verfolgen kann, stellt sich die Frage, wann der Entwicklungsprozess des betroffenen Menschen so weit fortgeschritten ist, dass er dieser Maßnahme nicht mehr bedarf. Denken Sie nur an das Anlegen eines Bauchgurtes. Wann so frage ich, weiß ich als begleitender Mitarbeiter, den Zeitpunkt, an dem ich auf diese Maßnahme verzichten kann? Findet das nicht erwünschte Verhalten nicht statt, weil darauf nicht mehr zurückgegriffen werden muss (auch ohne Gurt) oder weil darauf nicht mehr zurückgegriffen werden kann (eben durch den Gurt). In der Praxis sind mir unzählige Menschen mit (zum Teil ehemals) herausfordernden Verhaltensweisen bekannt, bei denen die Begründung für die Gabe von Psychopharmaka in früheren – zum Teil den Mitarbeitern selber nicht mehr bekannten – Verhaltensweisen liegen, ohne dass die Frage einer Veränderung der Medikation neuerlich besprochen worden wäre – ganz zu schweigen von den langfristig entstehenden Gewöhnungen, Abhängigkeiten und Schäden durch Nebenwirkungen. Ist das jetzt gezeigte Verhalten eben Ergebnis der medikamentösen Einstellung oder einer (auch) durch die Medikamente ermöglichten Entwicklung? In gleicher Weise scheinen in der Begleitung von medikamentös eingestellten Menschen mit Behinderung nur wenig überprüfbare Kriterien für die Beendigung einer – insbesondere Psychopharmaka - -therapie zu bestehen.

Ein weiterer Aspekt ist der *Glaube an „homöopathische“ Dosierungen*. Da erhält ein junger Mann mit aggressiven Impulsdurchbrüchen, bei einem Körpergewicht von ca. 105 kg seit geraumer Zeit eine Medikation von 0,5 mg *Risperdal* morgens. Diese Dosierung kann kaum Wirkung auf den betreffenden Menschen haben. Die niedrige Dosierung wird mit der kritischen Einstellung zu Psychopharmaka begründet, man wolle den Betroffenen „nicht abschießen“. Es wird schwierig, vor diesem Hintergrund eine fachliche Auseinandersetzung über die Sinnhaftigkeit der Medikamentengabe zu führen. Gleichzeitig wird dem Medikament offensichtlich eine eher unspezifisch positive Wirkung zugeschrieben, die es ja möglicherweise sogar hat. Allerdings nicht aufgrund der pharmazeutischen Wirksamkeit, sondern etwa durch den mit der Medikamentenvergabe verbundenen regelmäßigen Beziehungskontakt. Das bedeutet nicht, dass nicht auch eine – ebenfalls indirekte – gegenteilige Wirkung eintreten kann: Die Zugehörigkeit zu den „medikamentös eingestellten Menschen“ führt zu einer Stigmatisierung und daraus folgend etwa weniger Beziehungsangeboten. Das leitet zur dritten These in Bezug auf die

„mystische Bedeutung“ von Psychopharmaka hin: Die *ungeprüfte Zuschreibung von Wirkungen*.

Die Zuschreibung von Wirkungen unterliegt ebenfalls einer Focussierung auf das Medikament. Andere Wirkweisen, etwa Veränderungen im sozialen Umfeld, werden weniger wahrgenommen und entsprechend weniger beachtet. Die eigene Wahrnehmung verändert sich. Insbesondere nach dem Ansetzen eines (neuen) Psychopharmakon folgt eine intensive Beobachtung – ja manchmal Fixierung – des nun gezeigten Verhaltens. Dabei werden alle Veränderungen – gleich ob positiv oder negativ – der Wirkung des Medikamentes zugeschrieben. Eine gleichzeitige Beobachtung eigener Kommunikationsmuster auf mögliche Veränderungen findet hingegen kaum statt. Dabei wäre eine solche Veränderung in Bezug auf den Betroffenen ja aufgrund der besonderen Situation gar nicht so überraschend. In einzelnen Fällen kann dies dazu führen, dass das oben genannte pädagogische Bemühen regelrecht zugunsten der Medikation aufgegeben wird. Kommt es nun zu Verhaltensänderungen – gleich ob positiv oder negativ – gibt es eine hohe Bereitschaft, die Ursache allein in der „falschen“ oder „richtigen“ medikamentösen Einstellung zu sehen. Diese monokausale Zuschreibung kann zu einer – im Untertitel meines Beitrages ja schon angemerkten – Polarisierung von Pädagogik oder Medikamenten führen, die letztlich eine Ohnmachtserklärung der Pädagogik bedeuten würde.

Erste Erklärungsversuche

Wie kommt es nun zu den von mir beschriebenen drei Auswirkungen

- Separation statt Integration
- Ambivalenz statt Positionierung und
- „mystische“ Erklärungsmuster statt fachlicher Überprüfung

auf die Einstellung der (heil-)pädagogischen Praxis zu Psychopharmaka ?

Ich wage die These, dass es in der (Heil-)Pädagogik an einer Pädagogik im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten fehlt. Die Antwort liegt jedoch nicht in der Schaffung einer eigenständigen weiteren Disziplin, sondern in der Integration dieser Zielgruppe in die pädagogische Denkweise, gerade um einer (weiteren) Ausgrenzung dieser Menschen entgegen zu wirken. Denn das scheint mir eines der zentralen Probleme im Alltag zu sein.

Es wird notwendig sein, in der Heilpädagogik weiter an einer „Haltung“ zu arbeiten, die genau im Wortsinn handelt: „Halt“ geben, dadurch dass ich meinem Gegenüber ein Angebot mache, ihm oder ihr in schwierigen Lebenssituationen weiter zur Seite zu stehen, solange ich dieses Angebot auch authentisch und energetisch tatsächlich machen kann. Es geht letztlich um die Botschaft: *„Ich halte Dich und mit Dir aus, wenn Du Dir selbst keinen Halt mehr geben kannst.“* Gerade für Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen wird dies oftmals eine neue Aussage und ein neues Angebot sein, gegenläufig zu der bisherigen Lebenserfahrung, dass es eben niemand mit ihnen aushält. Dass immer dann, wenn die aktuelle Lebenssituation zum Rückgriff auf schwierige Verhaltensmuster zwingt, sich das soziale Umfeld zurückzieht, andere Bezugspersonen, andere

Wohngruppen, Klinikaufenthalte oder eben Medikamente als so genannte „Lösungen“ auftreten, die den Betroffenen in seiner Erfahrung bestärken, dass er oder sie keinen Halt in Beziehungen findet oder darauf hoffen kann und ihn so seinerseits auf andere „Halt gebende“ Muster zurück greifen lässt. Das führt dazu, dass sich der Teufelskreis schließt. Es stellt sich die Frage, ob es mit einer entsprechenden „Haltung“ nicht häufiger gelingen kann, die anderen Hilfesysteme oder -konzepte als eigene Unterstützung zu verstehen, genau mit dem Ziel, das Beziehungsangebot an mein Gegenüber aufrecht erhalten zu können, anstatt es durch eine Abgabe an andere professionelle Systeme abzurechen.

Nicht immer sind die erlebten Belastungen der pädagogisch Mitarbeitenden so schwer, dass es einen solch offensichtlichen drastischen Abbruch in der Beziehungsgestaltung gibt. Aber auch wenn keine „äußere“ Distanzierung erfolgt, kann die Wirkung einer „inneren Verabschiedung“, erlebt als „Ohnmachtsgefühl“ oder fehlende Selbstwirksamkeit, zu vergleichbaren Prozessen beim Betroffenen führen. Die Abgabe der Verantwortung an andere Instanzen, wie Leitung, ausstehende andere Therapien, besser geeignete Orte, oder eben in sehr vielen Fällen, weil die vorgenannten Möglichkeiten nur selten zur Verfügung stehen, an die Wirkung von Psychopharmaka, führt dazu, dass der Mensch mit herausfordernden Verhaltensweisen keine Verantwortung mehr erlebt, im wahrsten Sinn des Wortes eben keine Antworten mehr erhält.

Das Weiterreichen von Verantwortung hat unterschiedliche Erscheinungsformen. Oft verbirgt sich hinter dem Wunsch einer Einrichtung oder ihrer Mitarbeiter, eine diagnostische Klärung der Ursachen des herausfordernden Verhaltens eines Menschen in einer psychiatrischen Klinik zu erreichen, zum Einen das Bedürfnis nach (vorübergehender) Entlastung des betroffenen Systems - etwas, was ich aus eigener Anschauung nur zu gut nachvollziehen kann und für sehr legitim halte. Ebenso oft aber beinhaltet dies auch die Hoffnung auf die Rückkehr des Menschen mit herausforderndem Verhalten aus der Klinik mit einer medikamentösen Einstellung, die die bisherigen Probleme, wenn auch nicht aufhebt, so doch deutlich mildert – als könnte die Wirkweise der auslösenden Faktoren an einem anderen Ort aufgehoben werden.

Diesen Wunsch nach Abgabe von Verantwortung gibt es natürlich nicht allein in Bezug auf Medikamente, sondern auch in anderen ähnlichen Handlungsfeldern. In einer Beratung vor einem Monat in einem Wohnheim für erwachsene Menschen mit Behinderung, teilte mir das Team mit, aufgrund der vermuteten Missbrauchserfahrung der jungen Bewohnerin, sei eine Arbeit mit ihr zur Zeit gar nicht möglich. Zunächst müsse Sie eine Therapie machen, damit überhaupt eine Begleitung möglich wird. Ich habe dann nachgefragt, wie lange eine solche Therapie wohl brauche, um zu einem förderlichen Ergebnis zu kommen. Man war sich im Team einig, dass dies sicherlich 2 oder 3 Jahre dauern würde. Ich fragte dann, was denn mit der jungen Frau in den nicht von Therapie gefüllten Zeiten in diesen 2 bis 3 Jahren geschehen solle. Wir haben dann miteinander nach Wegen gesucht, wie – gerade jetzt, wo die therapeutische Hilfe noch nicht greift – eine pädagogische Begleitung möglich ist.

Wenn aber die professionellen Begleiter ihre innere Verantwortlichkeit erst einmal abgegeben haben, wird die Lebenssituation des betroffenen Menschen in der Tat sehr schwierig. Insbesondere natürlich auch dadurch, dass diese Abgabe ja nicht ausgesprochen wird, sondern nur bei genauer und sensibler Sicht erkennbar und erst dann besprechbar wird.

Mögliche Lösungen

Um einen veränderten Zugang zu Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen im Allgemeinen und dem Umgang mit Psychopharmaka im Besonderen zu erreichen, können vielleicht die nachfolgenden Überlegungen hilfreich sein, die ich in 4 Kernsätzen zusammenfassen möchte:

1. Wir brauchen ein (heil-)pädagogisches Handlungskonzept für die Praxis, das Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen einschließt.

Ich hatte am Anfang meines Beitrages einige Aussagen aus der pädagogischen Praxis benannt. Dies(e) Beispiel(e) machen deutlich, woran in der (heil-)pädagogischen Praxis immer noch ein großer Mangel besteht: Es ist weiterhin notwendig, der – gerade durch Forderungen nach Teilhabe und Selbstbestimmung – zur Zeit vorherrschenden bedürfnisorientierten Sichtweise von Menschen mit geistiger Behinderung, eine wachstumsorientierte Sicht, im Sinne von Barbara SENCKEL oder Dietmut NIEDECKEN anzufügen. Diese Erkenntnisse mögen in der Lehre lange zu den Selbstverständlichkeiten zählen, sie sind es aber in der Regel nicht in der Praxis.

Es geht dabei über das Verstehen der Bedürfnisse des Betroffenen und Assistenz bei der Umsetzung hinaus. Ergänzt wird die Vermittlung von Halt und Sicherheit aus einer Beziehung zu meinem Gegenüber heraus, die auch Konfrontation einschließt – im Sinne der oben genannten Aussage *„Du brauchst in dieser Situation auf die schwierige Verhaltensweise nicht zurückgreifen, weil ich Dir Halt gebe, weil ich Dich unterstütze, diese Anforderung ohne Rückgriff auf ein Stereotyp zu bewältigen“*. Diese Haltung stellt neben das Verstehen des Betroffenen die Wahrnehmung eigener Gefühle und Grenzen. Sie zeichnet sich durch Empathie, Authentizität und erzieherische Präsenz aus. Unter Empathie verstehe ich das Einfühlen in die (Lebens-)Situation des Anderen, das Bemühen um Verstehen und Verständnis. Authentizität bedeutet für mich, dem Anderen nur Botschaften von mir zu geben, die meinen Gefühlen entsprechen und damit mit den mitschwingenden Energien übereinstimmen. Mit der erzieherischen Präsenz meine ich eine Haltung, des „Ich nehme Dich wahr, Ich sehe Dich“, ein „Im-Blick-haben“, das nicht permanente Kontrolle, vor allem aber auch eine Achtung vor der Autonomie des Anderen bedeutet.

Erst diese Grundlagen helfen mir, eine Haltung zu entwickeln, die es mir ermöglicht, langfristig physisch und psychisch gesund, ein Angebot zur Begleitung von Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen zu machen. Beziehung wird hier zu einem möglichen Weg, den ich als Betroffener auch zurückweisen kann. Denn weder gibt es eine Pflicht zur Beziehung für den Begleiter noch einen Zwang zur Beziehung für den Menschen mit besonderem Hilfebedarf. Auf dieser Grundlage kann der professionell begleitende Mitarbeiter dann eine „Halt“ung

entwickeln, die dem betroffenen Menschen in der Tat einen „Halt“ gibt und ihm anbietet, im Sinne der gerade genannten Botschaft, mit ihm gemeinsam Verantwortung zu übernehmen.

Durch diesen „Kontrakt“ mit dem Menschen mit besonderen Verhaltensweisen, kann es dann eine Entwicklung geben, die wieder zum Gefühl des Handelns, des Agierens führt und weg von dem Eindruck, nur noch reaktiv tätig zu sein. Wenn es gelingt, aus dieser Haltung heraus, die Begleitung des Menschen mit herausforderndem Verhalten zu einem Beziehungsangebot, einem inneren Kontrakt vergleichbar, zu machen, kann die Rückkehr zu aktivem Handeln, den Blick für Momente und Chancen der Selbstbestimmung und Teilhabe, wieder stattfinden. Damit wird es möglich, den isolierenden Blick auf die „Störung“ zu weiten und auch für Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen integrierend tätig zu werden. Gleichzeitig wandelt sich damit das Hilfesystem von einem kränkenden zu einem heilenden, wie dies Ingo KRETSCHMER nennt.

2. Wir brauchen eine Rückkehr zum Glauben an die Selbstwirksamkeit pädagogischen Handelns.

Die wachstumsorientierte Haltung kann dazu beitragen, dass die im Umgang und in der Begleitung von Menschen mit herausforderndem Verhalten bei den professionellen Begleitern oft entstehenden Gefühle von „Ohnmacht“ und „Hilflosigkeit“ in ein Gefühl der Selbstwirksamkeit gewandelt werden. Erst die innere Gewissheit über die Selbstwirksamkeit von Pädagogik auch bei Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen, ermöglicht eine wirklich förderliche Zusammenarbeit mit weiteren Disziplinen, wie der Psychologie und Psychiatrie. Dazu ist es notwendig, sich kritisch mit dem tradierten Unterlegenheitsgefühl der Pädagogik in Bezug auf die Medizin und Psychologie, auseinanderzusetzen. Die (Rück-)Gewinnung eines Selbstwertgefühls der Pädagogik macht dann auch die Abwertungstendenzen gegenüber den anderen Fachkolleg(innen), die mir Ausdruck dieses generellen Unterlegenheitsgefühls von Pädagogen zu sein scheinen, nicht länger nötig. Der Psychologe oder auch der Therapeut, ist dann nicht länger der Kollege, der sich stets die angenehmsten Situationen mit den Bewohnern aussucht. Dietmut NIEDECKEN und auch Karl-Heinz PLEYER haben über diesen beiderseitigen unseligen Konflikt zwischen Pädagogen und Therapeuten interessante Beobachtungen aufgeschrieben. Und vielleicht lässt das veränderte Selbstwertgefühl ja auch die Erkenntnis zu, „dass sie in der Psychiatrie ja doch mehr mit unseren Leuten machen, als sie nur ‚ab zu schießen‘“.

Wenn es gelingt, über die eigene fachliche Auseinandersetzung und Bewusstmachung der Bedeutung und Wirkung von Haltung und Verantwortung zu neuer Stärke zu finden, wird dies unweigerlich auch zur Folge haben, dass die Vergabe von Psychopharmaka ihre bisherige Tabuzone verlässt, weil die Überlegungen mit dem Betroffenen zu seiner Lebenswirklichkeit nicht länger in Fachdisziplinen aufgeteilt und zugeordnet werden, sondern alle Beteiligten angeht, die in diesem Prozess mitwirken, gleich ob die Frage von Werkstattbesuch, Gestaltung der Beziehungen zur Familie oder der Frage nach unterstützenden Psychopharmaka, im Mittelpunkt der Überlegungen stehen.

3. Wir brauchen eine gemeinsame Sicht von Pädagogik, Psychologie und Psychiatrie auf die betroffenen Menschen

Wenn sich diese gemeinsame Sicht über Teilaspekte hinaus weiter entwickeln soll, dann bedarf es zum einen eines größeren Wissens der drei genannten Fachdisziplinen über einander. Für uns Pädagogen bedeutet das eine verbesserte Kompetenz, in der alltäglichen Begleitung von betroffenen Menschen gezeigte Symptome einzuordnen. Dies geht einher mit einem besseren Wissen über psychiatrische Krankheitsbilder insgesamt und die Wirkweise von Psychopharmaka insbesondere – einschließlich ihrer Möglichkeiten und Grenzen. Für die medizinischen Fachkollegen bedeutet dies, stärker neben biologische Modelle, sozialpsychiatrische und systemische Sichtweisen zu stellen. Diese Erweiterung der Wahrnehmung wird auch ein besseres Verstehen der besonderen Möglichkeiten der jeweils anderen Disziplin zur Folge haben und damit eine größere Achtung vor den Kompetenzen des Anderen. Die manchmal in der Praxis beschriebenen unterschiedlichen Sprachen könnten so eher zu fachlichen Dialekten werden.

Das würde vielleicht einen ersten Schritt darstellen, um die bisherige Definitionsmacht der Psychiatrie – eben die Festlegung, ob es sich um ein pädagogisches oder psychiatrisches Problem beim Betroffenen handelt - in Richtung einer gemeinsamen Verantwortlichkeit in der Begleitung eines Menschen zu entwickeln.

4. Wir brauchen eine gemeinsame Handlungsebene aller Beteiligten

Vielleicht gelingt es uns, trotz aller gewachsenen und in den letzten Jahren wieder zunehmenden gesellschaftlichen Hindernisse, einige dieser Schritte zu gehen, die zu einer Integration von Menschen mit geistiger Behinderung und herausfordernden Verhaltensweisen in unsere heilpädagogischen Konzepte führen. Dann könnte es auch zu einer Weiterentwicklung anstelle vom heute immer noch häufig additiven „nacheinander tätig werden“ der verschiedenen Fachdisziplinen hin zu einer gemeinsamen Handlungsebene im Sinne umfassender Begleitung kommen.

Die Frage der Entscheidung für oder gegen ein Psychopharmakon, die Kontrolle der Wirkungen und Nebenwirkungen und die Frage der Beendigung einer medikamentösen Therapie – alles Fragen, die bisher noch sehr willkürlich gehandhabt werden – könnte zu einem gemeinsamen, nach überprüfbaren Kriterien stattfindenden, Prozess werden.

Vielleicht wäre es ein diskutierenswerter Gedanke, dem betroffenen Menschen einen Prozessbegleiter zur Seite zu stellen, der genau dies tut: Zu Schauen, dass nicht nur Ausschnitte der jeweiligen Persönlichkeit und ihrer Lebenswirklichkeit den entsprechenden Fachgebieten begegnen, sondern Sorge dafür zu tragen, dass ein – in diesem Fall gewünschter – grenzüberschreitender Blick auf den Menschen mit Hilfebedarf entsteht und der, wenn nötig, gerade dem Menschen mit geistiger Behinderung als „Dolmetscher“ gegenüber den verschiedenen Professionen zur Seite steht. Dann würde als wichtiger Teil dieser Arbeit auch die Betrachtung des Einsatzes von Psychopharmaka zu einem integralen Teil des Gesamtkonzeptes werden, ganz sicher weniger verschämt und tabuisiert als heute angewandt – ganz

sicher aber auch weit seltener als dies heute stattfindet und überhaupt notwendig ist. Im Ergebnis geht es dann eben nicht mehr um Medikamente oder Pädagogik, sondern um Integration unterschiedlichster „heilender Hilfesysteme“ in ein Gesamtkonzept, anstelle von separierenden Teilzuständigkeiten, die weiterhin oft „kränkende Hilfen“ bedeuten.

Literatur

- BARTELT, H. (2005): Grenzerfahrungen. In: Greving, Ondracek, P. (Hrsg.): Handbuch Heilpädagogik. Bildungsverlag Eins, Troisdorf, 26ff
- BARTELT, H. (2006): stationär – dezentral – ambulant. In: Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.: Am Leben teilhaben. Freiburg, 66ff
- BARTELT, H. (2007): Zwischen Bauchgurt und Beziehung. Basale Stimulation Nr. 12, 2007, S. 23ff
- KRETSCHMER, I. (2003): Heilende und kränkende Hilfesysteme. In: Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.: S. 15ff
- NIEDECKEN, D., Szenisches Verstehen und pädagogisches Handeln, in Geistige Behinderung 4/01, S. 313ff
- NIEDECKEN, D. (2003): Namenlos, Geistig Behinderte verstehen. Beltz, Weinheim
- PLEYER, K.-H. (2004): Co-traumatische Prozesse in der Eltern-Kind-Beziehung. systema 2(2004)132
- SENCKEL, B. (2002): Du bist ein weiter Baum, CH Beck, München
- SENCKEL, B. (2002): Mit geistig Behinderten leben und arbeiten, CH Beck, München

Psychopharmaka und „Good practice“ Geht so was und woran merken wir das?

Henning Michels

Good practice – ist das überhaupt möglich? Um die Antwort vorweg zu nehmen: Ja, grundsätzlich schon. Erforderlich dafür ist, dass bestimmte Kriterien erfüllt sind, nämlich dass

- die *Basics* der Qualitätssicherung eingehalten werden,
- *Transparenz* gewährleistet ist,
- die Bezugspersonen über die nötige *Kompetenz* verfügen,
- *Beteiligung* im Sinne geteilter Verantwortung verwirklicht wird,
- durchdachte *Abläufe* definiert sind,
- geeignete *Dokumentationsformen* angewendet werden und
- neben den pharmakologisch-biologischen auch *psychologische Faktoren* - Haltungen, Befürchtungen, Erwartungen -Berücksichtigung finden.

Bevor ich Ihnen einige Überlegungen darlege, wie nach meiner Vorstellung ein guter und verantwortungsvoller Umgang mit Psychopharmaka aussehen kann, und davon berichte, wie wir dies in Neuerkerode versuchen – ich würde nicht behaupten, dass uns das nach den von mir formulierten Kriterien selbst immer gelingt -, möchte ich in aller Kürze etwas zu meinem persönlichen Bezug zum Thema sagen.

Eigene Erfahrungen und eigener Bezug zum Thema

Ich bin Diplompsychologe und Psychologischer Psychotherapeut und arbeite seit vielen Jahren im psychologisch-therapeutischen Dienst der Evangelischen Stiftung Neuerkerode¹⁹. Neuerkerode liegt in der Nähe von Braunschweig und bietet insgesamt 840 Menschen mit geistiger Behinderung Wohnangebote in unterschiedlichen Wohnformen, Arbeit, Beschäftigung und Förderung, Freizeit, Bildung und Mitwirkung. Dies geschieht in Neuerkerode und in mehreren Städten und Gemeinden der näheren Umgebung.

Neuerkerode fühlt sich dem Konzept „Ort zum Leben“ verpflichtet. „Ort“ ist nicht nur der Ort Neuerkerode, ist – was oft missverstanden wird - kein lediglich geographischer Begriff für ein Heim, das sich zur Gemeinde wandelt oder wandeln will, sondern vielmehr konzeptionelles Programm, Qualitätsprüfstein zu den Fragen: Schaffen wir mit unserem Angebot Menschen mit Behinderungen die Gelegenheit für Autonomie und Selbständigkeit in sozialen Bindungen? Ermöglichen wir durch Angebote struktureller Betreuung valorisierende soziale Rollen und symmetrische Beziehungen? Gelingt uns das Ausbalancieren von Schutz, Sicherheit und Beheimatung einerseits mit anregenden, fordernden, emanzipativen und entwicklungsoffenen Angeboten andererseits? Gibt es die

¹⁹

Möglichkeit, sich als Mensch mit geistiger Behinderung in unterschiedlichen Lebensphasen und Rollen – als Jugendlicher, als Arbeitender, als Ruheständler, als Partner, als Freund, als Helfender, als Unterstützung bekommender, als Kranker, als Gesunder - zu erleben?

Neuerkerode ist eine große Komplexeinrichtung. Ich glaube aber, dass meine Überlegungen im Grunde wenig mit der Größe der Einrichtung zu tun haben. Das sollte jedenfalls nicht so sein. Standards für den Umgang mit Psychopharmaka müssen ins Pflichtenheft all derer gehören, die die Begleitung und Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen organisieren und verantworten, egal ob im stationären oder im ambulanten Setting. Im Detail kann es natürlich durchaus große Unterschiede geben, zum Beispiel, weil Neuerkerode einen integrierten medizinischen Dienst und einen psychologisch-therapeutischen Beratungsdienst hat, was in meinen Augen einen großen Vorteil darstellt. Die Nähe der Ärzte zu den behinderten Menschen und zu den Mitarbeitern, die Chance, in konzentrierter Form fachliche Erfahrungen zu kumulieren und die Kooperationsmöglichkeiten empfinde ich als besonders gute Voraussetzung für den verantwortungsvollen Umgang mit Psychopharmaka.

Ich berichte Ihnen also als Psychologe mit Erfahrung an der Schnittstelle zwischen der Medizin einerseits - dem Psychiater und den Hausärzten - und der Pädagogik und der Alltagsbegleitung andererseits – den Mitarbeitern und den Angehörigen, den Bürgern, Klienten oder Patienten, wie auch immer sie in unterschiedlichen Kontexten und in ihren unterschiedlichen Rollen genannt werden.

In Neuerkerode nehmen die Psychologinnen und Psychologen hierbei eine Mittlerstellung ein, indem sie in die Indikationsstellung und in die Verlaufskontrolle bei Psychopharmakabehandlungen eingebunden sind. Die Wege sind bei uns kurz. In verbindlichen, wöchentlichen gemeinsamen Fallkonferenzen des ärztlichen und des psychologischen Dienstes werden alle relevanten Aspekte laufender Behandlungen diskutiert.

Qualitäts-Basics

Good practice – was gehört dazu? Damit werden zunächst Fragen nach der Qualitätssicherung bei der Anwendung von Psychopharmaka gestellt. Ich gehe der Einfachheit halber stillschweigend davon aus, dass die Grundvoraussetzungen erfüllt sind, die sich aus allgemeingültigen Normen, gesetzlichen Vorgaben und Anwendungsvorschriften ergeben:

- Es gibt nicht mehr die „große Pulle“, aus der alle Patienten ihre Tropfen bekommen, sondern individuelle Packungen und Flaschen.
- Nur derjenige nimmt Medikamente, dem sie auch ärztlich verordnet wurden.
- Haltbarkeitsfristen und Lagerungsbedingungen werden eingehalten.
- Verabreicht werden Medikamente nur von Personen, die dazu autorisiert sind.
- Medikamente werden nach konkreten ärztlichen Anweisungen gegeben und nicht nach eigenem Ermessen.
- Informationen über die eingesetzten Präparate, z. B. Beipackzettel, sind vorhanden und zugänglich. Es ist sichergestellt, dass Tropfen, Säfte, Dragees,

Retardkapseln, Tabletten in der vorgeschriebenen Weise gegeben werden. Kann man z. B. eine Tablette mörsern, damit sie besser zu schlucken ist, oder nicht? Und so weiter.

- Vor Beginn und während der Behandlung mit Psychopharmaka wird sichergestellt, dass organische Erkrankungen als Ursache der psychischen Symptomatik nicht übersehen werden.

Das ist das kleine Einmaleins²⁰.

Transparenz

Psychologen und Pädagogen scheinen sich oft schwer zu tun mit dem Umgang mit Psychopharmaka. Sie betrachten sie kritisch und möchten sich am liebsten darauf verlassen, dass die Ärzte schon wissen, was sie tun. Ich halte das für eine falsche Einstellung. In ihr drückt sich eine irrationale Haltung gegenüber der Medizin und den Psychopharmaka aus. Es kommt mir so vor, als ob hier ein kollektiver Abwehrprozess stattfindet, indem die Verantwortung für den Einsatz von Psychopharmaka quasi abgespalten wird. Manchmal ist auch der genau entgegengesetzte Fall anzutreffen, wenn nämlich der Wunsch oder die Phantasie besteht, man könne als Pädagoge ganz allein über den Einsatz von Psychopharmaka entscheiden. Auch diese Haltung ist irrational.

Der Umgang mit diesen Medikamenten sollte keine Geheimwissenschaft sein. Was heißt das? Das kann aber nicht bedeuten, dass man etwas die Ärzte nicht brauchte. Psychologisches, pädagogisches oder aus dem Internet angereichertes Alltagswissen reichen allein natürlich nicht aus, selbständig mit Psychopharmaka umzugehen. Zugleich wäre es aber auch falsch, Psychopharmaka den Ärzten als deren alleinige Domäne zu überlassen und sie – die Medikamente – damit zu mystifizieren. Nur wenn auch die Betreuerin in der Wohngruppe oder in der Förderstätte usw. und die beratende Psychologin über die zu erwartenden Effekte gut informiert ist, wenn sie z. B. weiß, wann mit welchem Wirkungseintritt zu rechnen ist, wenn sie Indikationen beurteilen kann oder wenn ihr klar ist, welche unerwünschten Wirkungen möglich sind, kann sie die Medikamentenwirkung in ihrer pädagogischen oder psychotherapeutischen Strategie berücksichtigen. Aufgabe des Arztes ist es deshalb, umfassend über alle Aspekte zu informieren und alle Fragen zu beantworten. Das ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit, denn jeder Arzt klärt seine Patienten über eine geplante Therapie auf. Ich stelle aber fest, dass an Psychopharmaka oft ganz unrealistische Erwartungen gerichtet werden: Diese Alleskönner sollen doch bitte etwas bewirken, was gar nicht möglich ist, oder dass über sie unangemessene Befürchtungen bestehen. Möglichkeiten und Risiken werden nicht rational gegeneinander abgewogen.

Warum den pädagogischen Betreuern von Menschen mit Intelligenzminderung (nicht zu vergessen: auch den Angehörigen) eine wichtige und unvermeidbare Bedeutung bei der Zusammenarbeit mit Therapeuten und Ärzten zukommt, ist

²⁰ Siehe Beitrag von K. HENNICKE in diesem Heft. Nach den von ihm dargestellten empirischen Befunden könnte es sein, dass ich bezüglich der Erfüllung dieser Grundbedingungen vielleicht doch zu optimistisch bin.

schon oft begründet worden: Je nach Art und Ausmaß der Behinderung sind z. B. die Introspektions- und Verbalisierungsfähigkeiten mehr oder weniger eingeschränkt und die eigenen Angaben des Patienten über sein Befinden müssen durch Fremdbeobachtungen sinnvoll ergänzt werden. Dass dabei vielfältige – vielleicht berechnete und nachvollziehbare, oft aber auch hinterfragbare – Interessen ins Spiel kommen, ist unvermeidbare Realität. Die objektive Beurteilung, ob die medikamentöse Behandlung einer psychischen Störung ganz und ausschließlich im eigenen Interesse des behinderten Patienten ist und ob alle, oft mit Anstrengung und Aufwand verbundenen Alternativen ausgereizt sind, ist nur selten möglich. („*Wir haben schon alles andere ausprobiert.*“ „*Jetzt muss endlich was passieren.*“ „*Ich kann mich nicht den ganzen Tag um ihn kümmern – da sind noch neun andere.*“)

Ein Grund mehr, Psychopharmakabehandlungen nicht nur auf der Achse „*Symptom* → *psychiatrische Indikation* → *Medikamentenwirkung*“ zu diskutieren, sondern auch im Hinblick auf psychologische und soziale Erwartungen und Auswirkungen. Dazu später mehr.

Bei jeder Behandlung mit Psychopharmaka sollte allen (!) Beteiligten folgendes klar sein:

1. Die *Diagnose* der zu behandelnden Störung. In vielen Fällen ist die Diagnose weit weniger eindeutig, als es erscheinen mag. Die Probleme mit der Zuordnung psychopathologischer Phänomene bei Menschen mit geistiger Behinderung zu psychiatrischen Diagnosen sind bekannt. Wenn eine Diagnose nicht gesichert ist – und das ist oft der Fall –, muss man auch nicht so tun, als sei sie es. Vorläufige Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen sollten also solche offen gehandhabt werden. Nach meiner Einschätzung kann man oft bescheidenerweise sogar *nur* von vorläufigen diagnostischen Hypothesen ausgehen. Überhaupt sollte allen Beteiligten bewusst sein, dass in aller Regel nicht im kausalen Sinne Krankheiten oder Störungen behandelt werden, sondern dass bestenfalls Symptome beeinflussbar sind.
2. Klarheit sollte weiterhin herrschen über *die Indikation* für das Psychopharmakon, also die Frage, welche *Zielsymptome* modifiziert werden sollen? Nicht „die Psychose“ wird behandelt, sondern Angst oder psychomotorische Erregung. Irrationale Erwartungen sollten möglichst erkannt und korrigiert werden.
3. Um welches *Medikament* und welchen *Medikamententyp* handelt es sich? Was ist allgemein von einem klassischen Antidepressivum vom Amitriptylin-Typ, von einem niederpotenten Antipsychotikum, von einem atypischen Neuroleptikum usw. zu erwarten und welche spezifischen Besonderheiten gibt es bei dem gewählten Präparat?
4. Woran lässt sich in der Verhaltensbeobachtung festmachen, ob die *gewünschte Wirkung* eintritt? An welchen *Kriterien* kann bemessen werden, ob das Beabsichtigte erreicht wird?
5. *Wann* ist mit dem *Wirkungseintritt* zu rechnen? Wie lange sollte die Behandlung andauern, bis die Wirkung beurteilt werden kann?
6. Welche *unerwünschten Wirkungen* können auftreten? Wie kann man sie erkennen bzw. bei welchen Beobachtungen sollte man sich umgehend wieder an den Arzt

wenden (zum Beispiel, wenn unter einer beginnenden Behandlung mit Clozapin Grippesymptome beobachtet werden)? Was sollte man beachten, um mit ihnen verbundene Risiken gering zu halten (zum Beispiel: Langsam aufstehen bei orthostatischer Dysregulation, Sonnenschutz bei erhöhter Lichtempfindlichkeit unter Neuroleptika)?

7. Gibt es objektive oder subjektive *Nachteile*, die gegebenenfalls *in Kauf genommen* werden sollten, wie vielleicht eine Sedierung oder die Dämpfung der ansteckenden euphorischen Stimmung bei einer ausgeprägten manischen Störung, die vielleicht nicht von allen als wünschenswert erlebt wird? Welche *Nebenwirkungen* sind tolerierbar, vielleicht weil sie behandelbar sind oder sich vermutlich spontan zurückbilden oder weil sie – bei Abwägung der zu behandelnden Störung gegen die Nachteile der Behandlung – in ihrer Bedeutung weit zurücktreten?

In Neuerkerode pflegen wir die Praxis, dass die Hausärzte, der Psychiater und die Psychologen gemeinsam und arbeitsteilig den Patienten, den Mitarbeitern und den Angehörigen für diese Informationen und für Nachfragen zur Verfügung stehen und dass bei jeder psychopharmakabezogenen Entscheidung die genannten Punkte ausdrücklich erläutert und besprochen werden.

Kompetenz

Es ist gar nicht so schwierig, sich eine Grundorientierung über Typen von Psychopharmaka, ihre Indikationen²¹, unerwünschte Wirkungen und Grenzen ihrer Möglichkeiten zu verschaffen (GAEDT 1995; DOSEN 1997). Damit ist man noch lange nicht in der Lage, eigene Entscheidungen zu fällen, aber man hat ein Raster zur Verfügung, mit dessen Hilfe eigene Urteile möglich werden. Empfehlenswert finde ich das Buch von FINZEN „Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen“ (2007). Es informiert sachkundig und verständlich über die Thematik und sollte allen Mitarbeitern zugänglich sein. Gut informierte und fortgebildete pädagogische Betreuer sind in der Lage, Psychopharmakatherapien sachlich-kritisch hinsichtlich ihrer Möglichkeiten und ihrer Grenzen zu beurteilen, und sie sind eher dazu bereit, vorurteilsfrei notwendige Behandlungen mit zu tragen. In Neuerkerode hat die Mitarbeiterfortbildung entsprechende Seminare im Programm und jedes ausführliche Beratungsgespräch und jede Verlaufskontrolle beinhaltet auch Informations- und Fortbildungsanteile.

Gleiches gilt für die beratend, fördernd oder psychotherapeutisch arbeitenden Psychologen. Wenn sie bereit sind, sich über den Einsatz von Psychopharmaka fort- und weiterzubilden – sich mit ihren Möglichkeiten und ihren Grenzen, ihren Chancen und ihren Risiken zu befassen –, wird es ihnen möglich, psychotrope Medikamente nicht isoliert zu betrachten, sondern sie als mögliche Elemente eines umfassenden therapeutischen Vorgehens zu sehen. Medikamente kategorisch abzulehnen, würde bedeuten, vielen Klienten sinnvolle Hilfen vorzuenthalten und eine falsche Trennung zwischen Psychotherapie, Psychiatrie und

²¹ Z. B. die Abstützung von Ich-Funktionen bei präpsychotischen Syndromen oder bei Anpassungsstörungen infolge mangelnder Impulskontrolle.

Pharmakotherapie, zwischen Psyche und Soma vorzunehmen. Pädagogen und Psychologen sollen sich auch mit leibbezogenen Aspekten seelischer Gesundheit und Krankheit befassen, genauso wie die Ärzte auch mit dem Erleben ihrer Patienten.

Auch von den verordnenden Ärzten sind die Bereitschaft zum Umdenken und spezielle Kompetenzen zu erwarten. Bei Menschen mit geistiger Behinderung bestehen hinsichtlich der Behandlung psychischer Störungen mit Psychopharmaka relevante Unterschiede zu Menschen ohne Behinderung – genauso wie in vielen anderen Bereichen der somatischen und psychiatrischen Therapien. Diese Unterschiede bestehen z. B. in anderen Formen der Wahrnehmung und Mitteilung ihres Befindens, in anderen Formen der kognitiven und psychischen Verarbeitung und – z. B. syndromspezifisch oder wegen der meistens existierenden organischen Hirnschädigung – auch in anderen Wirkprofilen, Empfindlichkeiten, Nebenwirkungsspektren, Dosierungsempfehlungen. Was eine Behandlung mit Psychopharmaka bewirken soll und wie sich dies voraussichtlich im Erleben des Patienten darstellen wird, muss mit einfacher Sprache, mit viel Geduld – am besten auf der Basis einer gewachsenen, vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung vermittelt werden. Ärzte sollten also mit den Besonderheiten bei Menschen mit Intelligenzminderung vertraut sein, und das schließt auch die Kenntnis ihrer sozialen Lebenswelt ein.

Beteiligung

Warum sind Transparenz und Kompetenz so wichtig im Sinne von „good practice“?

Die Angehörigen und die pädagogischen und psychologischen Begleiter sind diejenigen, die durch ihre Beobachtungen und Wahrnehmungen im Alltag und durch die Auswertung ihrer antwortenden Gefühle und Phantasien das ergänzen und teilweise auch ersetzen, was Menschen mit geistiger Behinderung oft nicht so gut können: Ihr Befinden so ausdrücken und beschreiben, dass der Arzt damit etwas anfangen kann. Der rationale und verantwortbare Einsatz von Psychopharmaka setzt voraus, dass man sie weder verteufelt noch ihnen Erwartungen zuschreibt, die sie nicht erfüllen können. Sie sollten immer als *ein* Instrument von mehreren im Kontext einer therapeutischen Strategie betrachtet werden. Das geht aber nur, wenn Pädagogen und Psychologen sich ihrer Beteiligung und ihrer Mitverantwortung nicht entziehen können. Es sollten z. B. immer Alternativen zur Medikamentenbehandlung gesucht und gegen den Psychopharmakaeinsatz abgewogen bzw. priorisiert werden:

- Lässt sich auf die Sedierung verzichten, wenn die chaotische Gruppensituation entzerrt wird?
- Ist die depressive Verstimmung situativ als Trauer zu verstehen, lebensgeschichtlich einfühlbar und empathisch teilbar? Ist sie gemeinsam aushaltbar? Ist es darum vielleicht gar nicht nötig, sie medikamentös zu kupieren?
- Gibt es Möglichkeiten, die Impulskontrolle oder die Frustrationstoleranz im Rahmen einer tragfähigen, entwicklungsfreundlichen Beziehung im Sinne einer

Hilfs-Ich-Funktion zu stützen? Das ist oft personalintensiv, weil es den unmittelbaren Kontakt – meist in der 1:1-Konstellation - voraussetzt.

- Erfordert die nächtliche Unruhe tatsächlich eine medikamentöse Schlafinduktion oder gibt es Konflikte in der Gruppe? Ist vielleicht die Schlafstörung gar keine Störung? Sind sechs Stunden Schlaf für einen alten Menschen vielleicht ganz normal, passen nur nicht in den Dienstplanrhythmus? Das Glas warme Milch, das beruhigende Zubettgeh-Ritual, am Bett sitzen, damit Frau Meier keine Angst vor dem Alleinsein haben muss – schon ausprobiert? Ach, das geht nicht, weil da noch die neun anderen sind. Das kann die Realität sein. Aber vielleicht ist die Frage nur falsch gestellt: „Wie können wir es möglich machen, dass abends noch die Viertelstunde Zeit da ist?“

Wie sieht es aber bei den *eindeutigen psychiatrischen Erkrankungen* aus, bei denen der Verzicht auf eine Psychopharmakotherapie einem Kunstfehler gleichkommen würde? Warum hier lange und aufwändig nach Alternativen suchen? Ist hier nicht primär ärztliches Handeln gefragt? Diese scheinbar eindeutigen Fälle sind seltener, als man denkt. Sie stellen nach meiner Einschätzung sogar die Minderheit dar. Das liegt unter anderem daran, dass viele Störungen, auch solche, die mit erheblichem Leidensdruck behaftet sind, sich den üblichen Diagnosekriterien entziehen. Dazu ist an anderer Stelle schon viel gesagt worden. Das Abhaken von ICD- oder DSM-Kriterien allein führt in der Regel nicht zu einer Diagnose, die wirklich weiterhilft. Am Entwicklungsniveau und an den verschiedenen, oft auseinanderklaffenden Entwicklungsanteilen orientierte deskriptive Diagnostik und szenisches Verstehen sind oft angemessener. Und sie stellen Psychopharmaka dort hin, wo sie richtigerweise hingehören: Sie können hilfreiche Bestandteile komplexer therapeutischer Strategie sein; isoliert und aus sich selbst heraus wirkend wären sie falsch eingesetzt.

Genauso wichtig, wie überflüssige Medikamentenbehandlungen durch geeignete Alternativen zu vermeiden, ist es, dass notwendige Psychopharmakabehandlungen mitgetragen werden. Ein Patient in einer akuten Psychose wird durch ein geeignetes Neuroleptikum in richtiger Dosierung nicht „plattgemacht“. Die Verminderung von Angst, von Unruhe, von fehlendem Reizschutz, von unbeherrschbarer Impulsivität oder von schwerem Antriebsmangel kann vielleicht erreichen, dass ein Patient überhaupt erst für pädagogische oder psychotherapeutische Angebote zugänglich wird. Psychotherapie und Pharmakotherapie müssen sich gegenseitig keineswegs ausschließen, sondern sie können sich sinnvoll ergänzen. Die Zeitschrift „PTT - Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie“ dekliniert z. B. in einem Themenheft (PTT 2006) die Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie durch alle Formen schwerer Persönlichkeitsstörungen, und die Autoren kommen dort zu eben dieser Aussage.

Menschen mit geistiger Behinderung weisen oft eine starke Bindung an, ja eine Abhängigkeit von ihrer unmittelbaren sozialen Umwelt auf, also von der Art und der Qualität der sie stützenden oder nicht stützenden Beziehungen. Akute psychische Störungen werden häufig durch Einflüsse aus der Beziehungsumgebung evoziert und in aller Regel ist die Umwelt in hohem Maße einbezogen. Auch das ist

nicht nur bei Menschen mit Intelligenzminderung so, sondern bei uns allen – sonst würden wir uns ja nicht um sozialpsychiatrisches Handeln bemühen; aber bei ihnen ist dies in besonderem Maße gültig.

Also: Good practice heißt auch, dass man als Pädagoge oder Psychologe nicht herauskommt aus der Mitverantwortung für den Förder- oder Therapieprozess, als Teil dessen die Psychopharmakabehandlung zu verstehen ist. In Neuerkerode leisten wir uns dafür eine Gesprächskultur, aus der Überzeugung heraus, dass sie nötig und richtig ist. Ich muss aber auch feststellen, dass dies unter den Bedingungen knapperer personeller Ressourcen immer schwieriger wird und auch nicht immer befriedigend gelingt. Der Psychiater sollte sich nicht nur als biologisch *behandelnd* verstehen, sondern auch als sozialpsychiatrisch und psychotherapeutisch handelnd. Er weiß dann, dass die Erwartungen und Haltungen des Patienten – und in unserem Fall auch die der der Bezugspersonen - und das Akzeptieren oder Ablehnen einer Intervention deren Effektivität entscheidend mitbestimmen. Es ist unbedingt zu wünschen, dass der behandelnde Arzt über umfangreiche Erfahrungen mit Menschen mit geistiger Behinderung und deren Besonderheiten verfügt und dass ihm deren Lebenswelt und Lebenswirklichkeit vertraut sind. Sich als Teil eines komplexen, dynamischen Systems zu begreifen, fällt nach meiner Erfahrung einem Arzt nicht immer leicht. Für ihn, der in der Regel ganz anders beruflich sozialisiert ist, kann das bedeuten, dass er sich bewusst zurücknehmen muss. Er steht eben nicht nur dem Patienten gegenüber, sondern einer ganzen Anzahl beteiligter Personen mit ihren jeweiligen Subjektivitäten. Ich halte es für wichtig, dass die behandelnden Ärzte und Therapeuten sich mit diesen Aspekten ihrer beruflichen Rolle auseinandersetzen und für sich auch eine akzeptierte und befriedigende Position in dem komplexen System finden.

Die psychiatrische Konsultation sollte, wenn irgend möglich, nicht im Sprechzimmer in der Praxis stattfinden, sondern „vor Ort“, in der Wohngruppe, im Wohnheim oder im Rahmen eines Hausbesuchs in der Familie. Der Arzt kann sich ein viel besseres Bild von der Lebenswirklichkeit seiner Patienten machen, wenn er sie dort erlebt, wo *sie* leben und nicht dort, wo es – auf für sie fremdem Terrain und eingeschüchtert – *ihm* den Ablauf erleichtert. Und wenn mehrere Betreuer an der Konsultation teilnehmen, umso besser. Übersichtlicher ist es, wenn der Arzt den Patienten allein vor sich hat. Aber besser und wirksamer wird die Behandlung, wenn sie von allen Beteiligten verantwortlich mitgetragen werden kann.

Zu beteiligen sind auch die rechtlichen Betreuer, sofern der Betreuungsumfang auch die Gesundheitssorge umfasst. Sie müssen ihre Zustimmung geben, wenn medizinische Maßnahmen mit einem möglichen Risiko für Gesundheit und Leben des oder der Betreuten verbunden ist. In Neuerkerode haben wir das so geregelt, dass wir uns grundsätzlich in schriftlicher Form an die Betreuer wenden; das heißt bei jedem Ansetzen, Absetzen, Umsetzen und bei relevanten Dosisänderungen holen wir Zustimmungen ein. Wir machen das EDV-gestützt mit Textbausteinen, benutzen ausgedruckte, voradressierte Antwortvordrucke und schicken Informationen zu Wirkungen und möglichen Risiken des jeweiligen Medikaments mit. Das bringt einen gewissen Aufwand mit sich. Man kann ihn reduzieren, indem man immer von vorn herein gut informiert – vertrauensbildende Maßnahmen - und

gegebenenfalls die Einwilligung nicht für eine bestimmte konkrete Dosis und eine bestimmte Verteilung auf Einzeldosen, sondern z. B. für einen beschriebenen und begründeten, nicht allzu weit gefassten Dosiskorridor einholt (*Beispiel: „...wir bitten um Ihre Zustimmung für eine niedrig dosierte neuroleptische Behandlung mit Risperdal in einem Dosisbereich von ... bis ... mg pro Tag. Begründung: ...“*). Wenn aber ein Betreuer oder im Falle eines Einwilligungsvorbehalts oder bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen nach §1906 BGB der Richter das enger gefasst sehen möchte, kommen wir nicht umhin, jede einzelne Veränderung genehmigen zu lassen.²²

Beteiligung und Aufklärung der Patienten

Einen Beteiligten habe ich mir noch aufgespart: den Patienten und die Patientin selber.

Wir sollten uns bemühen, mit jedem darüber zu sprechen, jedem zu erklären, und wenn möglich von ihm die Zustimmung zu bekommen, egal, ob er im rechtlichen Sinne einwilligungsfähig ist oder nicht. Ich weiß, das hat Grenzen, z. B. des Verstehens, der Introspektions- und Verbalisierungsfähigkeit, der Selbstreflexion und der Urteilsfähigkeit. Aber kann ich denn wirklich wissen, was jemand versteht und empfindet? Immerhin haben wir etwas mit ihm vor, was eine für ihn spürbare Veränderung seines Erlebens bewirken wird (*bewirken soll!*) – hoffentlich im positiven Sinne der Entlastung von depressiven Affekten, der Normalisierung von Antrieb und Impulskontrolle, der Abstützung und Stabilisierung von Ichfunktionen, der Reduktion von Angst oder der Regulation von Affektschwankungen. Er muss immerhin die Chance haben, einen Zusammenhang herzustellen zwischen dem eingenommenen Medikament und dem, wie er unter dessen Wirkung fühlt und sich wahrnimmt. Meine Erfahrung ist, dass man Menschen mit geistiger Behinderung dabei nicht unterschätzen sollte. Man darf sie natürlich auch nicht überfordern, wenn sie nicht in einem psychischen Zustand sind, der ihnen Urteilsfähigkeit erlaubt. Vielleicht kann man sich mit jemandem nicht über die angestrebte antipsychotische Wirkung verständigen, aber durchaus darüber, dass die Tablette schwer zu schlucken ist und dass es vielleicht auch Alternativen gibt, die man anschaulich zeigen und wählen lassen kann. Die Compliance wird sich dadurch immer verbessern und viele der Patienten - nicht nur mit leichter Intelligenzminderung - wissen recht genau, welche Tablette wofür da ist.

Es sollte meines Erachtens auch so sein – und danach handeln wir in den allermeisten Fällen -, dass ein psychotropes Medikament nicht heimlich gegeben, also in den Tee gemischt oder in das Müsli gemörsert wird. Ich bin der Überzeugung, dass wir die Pflicht haben, es nicht zu vertuschen, wenn wir – auch mit sehr guten Begründungen – tiefgreifende Einwirkungen auf das Erleben und die Persönlichkeit eines Menschen vorhaben. Den möglicherweise auftauchenden

²² Ich gehe hier nicht näher auf den Fall ein, wenn zwar eine Betreuung zur Gesundheitsvorsorge eingerichtet ist, wir aber die Einschätzung gewinnen, dass die Person in der speziellen Situation die Auswirkungen und Risiken der geplanten Maßnahme angemessen selber beurteilen kann. In diesem Fall kann man es vielleicht bei einer mit einer Begründung versehenen Information des rechtlichen Betreuers belassen oder im Vorfeld einvernehmliche Absprachen mit ihm treffen.

Widerständen („*Nein, ich will das nicht.*“ „*Ich bin doch nicht krank.*“) und Problemen („*Das schmeckt schlecht.*“ „*Ich bin immer so müde, das kommt von den Tropfen.*“) haben wir uns zu stellen. Wir dürfen Psychopharmaka nicht manipulativ benutzen. Ich komme unten noch einmal darauf zurück, dass wir das manchmal doch tun, wenn wir sie mit Absichten einsetzen, die nicht der Heilbehandlung sondern der Verhaltenssteuerung oder der Freiheitseinschränkung dienen.

Sich strikt daran zu orientieren, was der Patient möchte und wozu er bereit ist, wird schwierig, wenn wir bei gründlicher Abwägung zu der Einschätzung kommen, dass sich jemand, der eine Behandlung nicht akzeptieren will, damit schweren Nachteilen oder Risiken aussetzt; wenn wir also vor der Frage stehen, ob wir im wohlverstandenen Interesse der Person eine Zwangsbehandlung in Erwägung ziehen sollen. Da helfen dann nur die sorgfältige Auseinandersetzung mit dem Einzelfall und die Einbeziehung der Bezugspersonen, des rechtlichen Betreuers, vielleicht des Richters, die sorgfältige Dokumentation des Abwägungs- und Entscheidungsprozesses und die Bereitschaft, die Maßnahme jederzeit auch in Frage stellen zu lassen. In manchen Fällen müssen wir uns daran erinnern, dass Menschen einen Anspruch auf bestmögliche Therapie haben, aber keine Pflicht zur Gesundheit.

Wie z. B. bei Herrn U. Er leidet unter einer schizoaffektiven Störung und zieht sich zeitweise schroff und abweisend in sich zurück. Er spricht dann davon, er wolle gar nicht mehr leben, hat aber noch nie Schritte unternommen, sein Leben zu beenden. Ihm ging es unter einer Kombination von Sulpirid und Pipamperon für alle spürbar besser. Er konnte aber nicht mit seinem Selbstbild vereinbaren, Medikamente zu nehmen, denn er sei ja nicht krank. Wir sind dann seinem Wunsch gefolgt, die Medikamente wurden wieder abgesetzt. Uns war es wichtiger, nicht sein Vertrauen zu verlieren, als ihn wirksam zu behandeln. Nach längerer Zeit war er dann irgendwann bereit, eine antipsychotische Therapie zu akzeptieren. Dazu haben diverse Einzelgespräche positiv beigetragen. Oft ist es besser, eine – in unseren Augen – unkluge Entscheidung zu akzeptieren, sich in Geduld zu üben und die Festigung der therapeutischen Beziehung auszubauen. Wenn auf eine Medikamentenbehandlung verzichtet wird, weil der Patient sie ablehnt, obwohl sie von Arzt, Pädagogen und Psychologen als sinnvoll angesehen wird, führt das regelmäßig zu Diskussionen über die Grundlagen unseres Handelns. Die Gefühle von Rat- oder Hilflosigkeit und die Impulse, sich über den Wunsch des Patienten hinwegzusetzen, müssen dann im Beratungsgespräch aufgearbeitet werden.

In Neuerkerode versuchen wir auch, durch Erwachsenenbildungsangebote behinderten Bürgern die Möglichkeit zu bieten, sich über Fragen von Gesundheit und Krankheit und auch der Behandlung kompetenter zu machen. Sehr erfolgreich sind die „Gesundheitstage“, die gemeinsam mit der Bürgervertretung veranstaltet werden. Einen ganzen Tag lang werden Vorträge, Präsentationen, Seminare, Workshops und Gesprächskreise angeboten – natürlich nicht nur zu Psychopharmaka –, ganz vergleichbar mit dem Programm einer Fachtagung.

Abläufe und Dokumentation

Wichtig ist es, sich Gedanken über sinnvolle Abläufe und über Regeln zu machen und diese im Rahmen der Qualitätssicherung auch schriftlich niederzulegen. Solche

Konsensregeln können z. B. in Qualitätszirkeln gemeinsam von Ärzten, Pädagogen und Psychologen erarbeitet werden. Ich möchte hier nur einige Stichworte und Anregungen geben, weil die konkreten Bedingungen sich doch sehr unterscheiden werden:

- Psychopharmakabehandlungen sollen bei akuten psychischen Störungen zunächst grundsätzlich zeitlich begrenzt sein. Die voraussichtliche Behandlungsdauer orientiert sich am individuellen Verlauf, an rationalen Kriterien, an Leitlinien, an sinnvollen und transparenten Absprachen. Dauerbehandlungen sind die Ausnahme (was nicht heißt, dass sie selten sind) und erfordern eine besondere Begründung.
- Wer ist dafür verantwortlich, dass die Beobachtungen und Erfahrungen mit der Medikation und ihren Wirkungen dokumentiert werden?
- Wann oder in welchem Turnus erfolgt eine Wiedervorstellung oder eine Verlaufskontrolle? Wer ist dafür verantwortlich, dass sie zu Stande kommt? Zu einer Verlaufskontrolle gehört, dass jedes Mal ausdrücklich über die ursprüngliche Indikation gesprochen wird. Sehr schnell gerät in Vergessenheit, welche Zielsymptome mit der Behandlung erreicht werden sollten. Haben sich die Erwartungen erfüllt? Kann die Dosierung reduziert werden? Ist ein Absetzversuch möglich? Wäre ein anderes Medikament geeigneter oder nebenwirkungsärmer?
- Für Dauer- oder Langzeitbehandlungen – sie sind, wie wir wissen, sehr häufig – sind rationale Begründungen nötig: Rezidivprophylaxe nach gescheiterten Absetzversuchen, langfristige Affektstabilisierung bei nachgewiesener bipolarer Störung, nachgewiesene, therapieresistente Selbst- oder Fremdgefährdung wären einige Beispiele. In festgelegtem Turnus ist die Dauerbehandlung in Frage zu stellen und dahingehend zu überprüfen, ob ihre Begründung noch gültig ist und ob nichtmedikamentöse Alternativen existieren. Absetz- oder Reduktionsversuche sollten in definierten Abständen durchgeführt oder zumindest sehr ernsthaft diskutiert werden. Wird auf sie verzichtet, so erfordert dies explizite Begründungen, z. B. frühere, mehrfach gescheiterte Versuche.
- Es sollten Standards definiert sein für den Fall, dass jemand neu in die Einrichtung zieht oder in die Betreuung kommt, der schon mit Psychopharmaka behandelt wird: Wann, unter welchen Umständen und in welcher Weise wird ein Reduktions- oder Absetzversuch unternommen, um beurteilen zu können, ob die Behandlung unter den veränderten Lebensbedingungen noch nötig ist und wie der Patient ohne Psychopharmaka wirkt und sich verhält.
- Kontrollen möglicher Risiken und Nebenwirkungen müssen sichergestellt sein, Laborkontrollen von Blutbild, Leberwerten, Spiegeln und anderen klinischen Parametern und Routineuntersuchungen, wie z. B. EKG oder EEG, je nach wirkstoffspezifischen Profilen. (Für diese Kontrollen müssen natürlich nicht die pädagogischen Mitarbeiter sorgen, aber sie gehören unverzichtbar zum Qualitätsstandard.)
- *Bedarfsmedikationen* sind ein schwieriges Thema, denn hier kommt ein besonders ausgeprägter subjektiver Faktor ins Spiel; oft ist die konkrete Situation ja so,

dass der Mitarbeiter sich allein vor die Entscheidung gestellt sieht, ob der Bedarf jetzt gegeben ist oder nicht. Ich verstehe unter einer Bedarfsmedikation eine Medikamentenverordnung, die nicht regelmäßig (Levomepromazin-Tropfen 15 – 0 – 15) angewendet wird, sondern nur im Notfall oder wenn eine bestimmte Situation – eben der Bedarf - gegeben ist. Sie sollten nur ausnahmsweise angeordnet werden. Es sollte so genau wie möglich im Voraus und in Schriftform beschrieben werden, bei welchen Kriterien der Bedarf gegeben ist. Der Ermessensspielraum desjenigen, der im Einzelfall entscheidet, sollte klar definiert und so klein wie möglich sein. Es ist zu dokumentieren, wenn sie gegeben wurde. Es muss darüber gesprochen werden, wenn sie öfter als nur ganz gelegentlich gegeben wird.

In Neuerkerode erfordert die Gabe einer Bedarfsmedikation den kurzen Rückruf beim diensthabenden Arzt oder bei der klinischen Station, die rund um die Uhr besetzt ist. Im Notfall oder nach vorheriger Absprache reicht die nachträgliche Information. Natürlich darf in keinem Fall ein Medikament ohne vorherige Verordnung gegeben werden.

Dokumentation

Für wichtig halte ich auch eine gute Dokumentation, die alle Beteiligten in irgendeiner Form einschließt.

- Diagnosen, Zielsymptome und Behandlungspläne werden schriftlich festgehalten, und zwar nicht nur auf der Karteikarte des Arztes – heutzutage in der EDV-Dokumentation -, sondern in irgendeiner geeigneten Form auch für die Betreuer: In Gesprächsprotokollen, schriftlichen Rückmeldungen, detaillierten Verordnungen usw. In Neuerkerode haben wir dafür auch die so genannten „gelben Bögen“, die als patientenbegleitende Gesundheitsakte im Besitz der Bürger selber sind. Auf ihnen werden alle ärztlichen Anordnungen ausgedruckt.
- Oft sind Diagnosen nicht eindeutig. Verdachtsdiagnosen und Behandlungsversuche werden dann als solche gekennzeichnet. Abwägungen und Alternativhypothesen werden ausdrücklich festgehalten; genauso die Begründung dafür, warum sich gerade für die dann gewählte Behandlung entschieden wurde. Das gleiche sollte für Gegenargumente und Minderheitsvoten gelten, die in die Diskussion eingebracht und schließlich zurückgestellt wurden.
- Über viele Jahre haben wir in Neuerkerode einen einfach gehaltenen „Symptomatikbogen“²³ verwendet, der bei jeder Verordnung und jeder Verlaufskontrolle gemeinsam von den Mitarbeitern, z. B. der Wohngruppe und dem Arzt und/oder Psychologen ausgefüllt werden soll. Er dient dazu, den Verlauf und die Effekte therapeutischer Maßnahmen zu dokumentieren. Er genügt nicht harten empirischen Gütekriterien, aber er ist alltagstauglich, strukturiert die Diskussionen und sorgt für ein vollständiges Bild. Das Ausfüllen

²³ Siehe Anhang. Zur Zeit sind wir dabei, diese überarbeitete und ergänzte Fassung unseres alten Symptomatikbogens zu erproben.

des Bogens dauert vielleicht zwischen fünf und dreißig Minuten; das wird oft als großer Zeitaufwand empfunden. Ein wichtiger Aspekt: Good practice ist nicht zum Nulltarif zu bekommen!

- Medikamentenverwechslungen und andere Fehler kommen vor. Wem sie passieren, der sollte keinen Grund dafür haben, sie zu vertuschen. Genauso, wie es in der Luftfahrt Verfahren gibt, mit denen individuelle Fehlentscheidungen von Piloten zum Anlass genommen werden, Abläufe auf Schwachpunkte hin zu analysieren und sie zu optimieren, so brauchen auch wir eine Kultur der Qualitätsverbesserung. Unser Procedere besteht in der sofortigen Meldung an den zuständigen Arzt, der entsprechende Anordnungen z. B. zur Beobachtung oder andere Entscheidungen trifft. Es werden keine Sanktionen verhängt. In Neuerkerode wird ca. eine Medikamentenverwechslung pro Woche gemeldet. Noch nie kam es zu lebensbedrohlichen Folgen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen

Seien wir ehrlich: Wir kommen leicht in die Situation, dass die Gabe eines Psychopharmakons, z. B. eines sedierenden Neuroleptikums, nicht der Heilbehandlung dienen soll. Das BGB trägt dem im §1906 ja ausdrücklich Rechnung, indem es die Genehmigungsfähigkeit freiheitsentziehender Maßnahmen durch Medikamente regelt. Die Medizin sollte sich nicht dazu instrumentalisieren lassen, Betreuungsmängel und pädagogische oder psychologische Defizite zu kaschieren; Realprobleme dürfen nicht psychiatrisiert werden. Sie kann sich aber auch nicht ganz verweigern, denn die zu lösenden Probleme beinhalten oft einen großen Leidensdruck und die Anwendung eines Psychopharmakons kann sich als die am wenigsten einschneidende erweisen.

In Neuerkerode gibt es seit vielen Jahren den „Beratungskreis Zwangsmaßnahmen“. Zu ihm gehören ein Vertreter der Leitung, Mitarbeiter aus dem Wohnbereich – aus Wohngruppen und aus der Leitungsebene -, ein Arzt, ein Psychologe, ein Vertreter der rechtlichen Betreuer, des Angehörigenbeirats und der Bürgervertretung – so heißt der Heimbeirat – und zeitweise auch ein Richter. Seine Aufgabe besteht darin, regelmäßig alle im engeren und im weitesten Sinne freiheitseinschränkende Maßnahmen auf ihre Notwendigkeit hin zu überprüfen und zu diskutieren und Vorschläge zu entwickeln, wie auf sie verzichtet werden könnte. Selbstverständlich werden dort auch alle Psychopharmakabehandlungen überprüft, für die eine Genehmigung nach §1906 beantragt wurde. Mit einem solchen Gremium wird eine Form von Öffentlichkeit hergestellt, die vermeintlichen oder tatsächlichen Missbrauch von Psychopharmaka kontrollieren kann. Es erfüllt eine wichtige beratende, nicht in erster Linie überwachende Funktion im Sinne einer Ethikkommission.

Was wirkt eigentlich? Psychologische Faktoren

Psychopharmaka lassen sich leicht dem Repertoire der biologisch orientierten Psychiatrie zuordnen. Pharmakologisch wirksame Moleküle greifen z. B. in die Mechanismen der synaptischen Reizübertragung von einer Nervenzelle zur nächsten ein, indem sie Rezeptoren besetzen oder die Wiederaufnahme von

Neurotransmittermolekülen hemmen. Aber erklärt das wirklich vollständig ihre Effekte? Zu einem guten Umgang mit ihnen gehört auch, sich nicht darüber täuschen zu lassen, dass wesentliche Anteile ihrer Wirkungen – und auch Nicht-Wirkungen – psychologischer Natur sind. Sie haben zu tun mit unseren Erwartungen an sie, mit unseren Ängsten vor ihnen, mit den Interessen, die mit ihrem Einsatz oft auch verbunden sind. FINZEN (2002) fasst in seinem gut lesbaren Büchlein „*Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Räsonieren über das Heilen*“ viele Aspekte therapeutischen Wirkens zusammen, die sich nur unvollständig unter den Begriff Placeboeffekt subsumieren lassen.

Psychopharmaka können polarisieren. Sie bieten sich in ganz besonderem Maße dazu an, mit Wünschen, Emotionen, Projektionen und Bedeutungen belegt zu werden, und dies erstreckt sich auch auf denjenigen, der sie verordnet oder verweigert, verabreicht oder ablehnt. Mit ihnen kommen Interessen, Schuldgefühl, Helfen-Wollen, Überforderung, Angst und Wut ins Spiel. Über sie lassen sich gruppensdynamische Prozesse austragen. Medikamente und der Umgang mit ihnen unterliegen dann oft der störungstypischen Dynamik, z. B. der Spaltungstendenz bei einer Borderlinestörung, bei deren Behandlung sie symptomorientiert eingesetzt werden:

- Ist der Arzt, der „nur“ die Medikamente verschreibt, ein gefühlloser Psychotechniker, der sich nicht für das Erleben seiner Patienten interessiert - der „Böse“?
- Oder ist er der „Gute“, der die Belastungen der Mitbewohner und der Betreuer ernst nimmt und endlich etwas tut und nicht immer nur redet?
- Ist vielleicht der Pädagoge oder der Psychologe, der es sich nicht so leicht macht und sich standhaft den manipulativen und persönlichkeitsverändernden Wirkungen der Psychopharmaka widersetzt, auf der Seite der „Guten“?
- Oder verweigert er die notwendige Entlastung durch seine Bemühungen, erst alle möglichen Alternativen auszuprobieren, bevor er der medikamentösen Sedierung zustimmt?
- Psychopharmaka können - wie alle Medikamente - auch der symbolischen Wunscherfüllung dienen: Eine Tablette kann die tröstende, Hoffnung machende Qualität eines Übergangsobjekts annehmen. Die schmerzhaft Spritze kann als verdiente Strafe empfunden werden. Sie kann Teil einer immer wieder reinszenierten Überwältigungs- und Unterwerfungsszene sein usw.

Wir sollten uns darüber bewusst sein, dass der Einsatz von Psychopharmaka viel mehr, als man zunächst annehmen möchte, mit subjektiven Faktoren behaftet ist.

Den Umgang damit können wir verbessern, wenn wir für Transparenz, Kompetenz, Beteiligung und gut durchdachte und dokumentierte Abläufe sorgen und uns ihres Nutzens, aber auch ihrer Grenzen bewusst sind. Wenn uns das gelingt, dann haben wir vielleicht noch nicht „good practice“, sondern nur „good enough practice“ - aber das wäre doch auch schon etwas!

Literatur

DOSEN, A. (1997): Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Urban & Fischer Verlag.

- FINZEN, A. (2002): Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Rasonieren über das Heilen. Edition Das Narrenschiff, Psychiatrie-Verlag
- FINZEN, A. (2007): Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Einführung in die Therapie mit Psychopharmaka, Psychiatrie-Verlag; aktualisierte Auflage Oktober 2007
- GAEDT, C. (1995): Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung. Neuerkeröder Beiträge Bd. 10, Neuerkerode, S. 32 ff.
- PTT - Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie 2006, 10, 4

	Datum																			
Verlust von Alltagskompetenzen																				
Andere																				
Psychopharmakazielsymptomatik																				
Nebenwirkungen	Frühdyskinesien																			
	Parkinsonsyndrom																			
	Akathisie																			
	tardive Dyskinesien																			
	Orthostatische Dysregulation																			
	Müdigkeit																			
	Speichelfluß/Mundtrockenheit																			
	Gewichtszunahme																			
	Einnässen / Harnverhalten																			
	Verwirrtheit/Desorientierung																			

- | | | |
|-------------------------------------|-------------|--|
| 0 normal, intakt, ungestört | leer oder / | trifft nicht zu oder ist hier irrelevant |
| 1 Verdacht oder geringe Symptomatik | X | vorhanden, ohne Angabe der Ausprägung |
| 2 leichte Symptomatik | ? | nicht beurteilbar |
| 3 mittlere Symptomatik | 2↗ | Beispiel: „2 mit Tendenz zur Verschlechterung“ |
| 4 starke Symptomatik | 1-2 | Beispiel für Zwischenstufe |
| 5 massiv ausgeprägte Symptomatik | 3* | Beispiel für Erläuterung in Fußnote |

Gegebenenfalls Unzutreffendes streichen und Kommentare, Erläuterungen oder Fußnoten hinzufügen.

Psychopharmakotherapie

Standards der Psychiatrie – Wirklichkeit und Chancen

Manfred Koniarczyk

Einleitung

Psychopharmaka sind natürliche oder synthetische Substanzen, die den körperlich-seelischen Zustand eines Menschen (z.B. Stimmung, Emotionen, Wahrnehmung, Antrieb) beeinflussen oder verändern können. Durch die Entwicklung der modernen Psychopharmaka konnten unzählige Patienten vor einer Dauerhospitalisierung in psychiatrischen Krankenhäusern bewahrt und teilweise auch beruflich und sozial wieder integriert werden. Psychopharmaka gehören mittlerweile zu den an häufigsten verordneten Medikamenten und werden nicht nur von Psychiatern und Nervenärzten, sondern von Ärzten aller Fachrichtungen eingesetzt.

Standards der Psychiatrie – Wirklichkeit

Die Standards einer Psychopharmakotherapie und die für die einzelnen Substanzen und Stoffgruppen erhofften Wirkungen, die möglicherweise auftretenden unerwünschten Nebenwirkungen, die notwendigen Kontrolluntersuchungen sowie Dokumentationsaufgaben sind von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde in ihrer im Jahr 2003 veröffentlichten „*Behandlungsleitlinie Psychopharmakotherapie*“ zusammengefasst worden. Darin wird ausgeführt, dass eine Behandlung mit Psychopharmaka das Vorhandensein eines „eindeutig“ klassifizierten und diagnostizierten psychiatrischen Störungsbildes erfordert. Eine Monotherapie, d.h. die Behandlung einer psychia-

Kasten 1: Symptom- bzw. syndrombezogener Einsatz von Psychopharmaka

- für Krisen- und Notfälle
 - Benzodiazepine,
 - niedropotente Neuroleptika
- symptomunterdrückend
 - Antikonvulsiva (bei epileptischen Anfällen)
 - Neuroleptika (bei Psychosen)
 - manche Antidepressiva (bei Zwangsstörungen)
- therapieunterstützend
 - Neuroleptika (bei schweren Verhaltensstörungen)
 - Antikonvulsiva (z.B. bei aggressiven Verhaltensstörungen)
 - Antidepressiva (bei depressiven Syndromen)
- Prophylaktisch
 - Neuroleptika (Rückfallschutz bei Psychosen)
 - Antikonvulsiva (Anfallsprophylaxe bei Epilepsien)
 - Phasenprophylaxe bei affektiven Störungen)

trischen Störung (z.B. einer Depression) mit einem dafür zugelassenen Medikament (z.B. einem Antidepressivum), soll dabei bevorzugt werden. Klinische Wirklichkeit ist jedoch häufig eine Polypharmazie, d.h. die Kombinationsbehandlung von Substanzen innerhalb einer pharmakologischen Wirkstoffklasse (z.B. die Kombination von zwei Neuroleptika) oder die Kombination von Psychopharmaka unterschiedlicher Wirkstoffklassen (z.B. eines Neuroleptikums mit einem Antidepressivum). Es liegen bisher jedoch nur wenige Studien zur Wirksamkeit als auch Verträglichkeit von Polypharmazie vor, obschon die Kombination zweier oder mehrerer Substanzen das Risiko möglicher Wechselwirkungen und unerwünschter Arzneimittelnebenwirkungen deutlich erhöhen kann (MESSER & SCHMAUB 2006).

Psychiatrische Diagnosen sind allgemein mit einer deutlich stärkeren Unsicherheit belastet als Diagnosen in somatischen Fachgebieten. Zudem werden rund 50% der Psychopharmaka außerhalb ihrer zugelassener Indikationen verordnet (symptom- bzw. syndrom-bezogener Einsatz von Psychopharmaka) (Kasten 1).

Seit Einführung der Psychopharmaka in den psychiatrischen Alltag vor mehr als 50 Jahren zählen Menschen mit einer Intelligenzminderung zu der Personengruppe mit einer besonders hohen Psychopharmakaprävalenz. Dies hat schon 1958 der amerikanische Psychopharmakologe T. GREINER prognostiziert: *„In the years to come, the retarded may claim an all-time record of having the greatest variety and largest tonnage of chemical agents shovelled into them.“* Erfreulicherweise haben große Metaanalysen aus den USA zeigen können, dass ein Rückgang der Psychopharmakaprävalenz im Vergleichszeitraum von 1986 bis 1999 gegenüber den Jahren von 1966 bis 1985 stattgefunden hat, jedoch bleibt als erschreckendes Ergebnis auch festzuhalten, dass neben den methodischen Mängeln vieler Studien die meisten Medikamentenverordnungen aufgrund problematischer Verhaltensweisen und nicht aufgrund definierter psychischer Störungen erfolgten (SINGH et al. 1997, MATSON et al. 2000). Neuere Untersuchungen auch aus den europäischen Ländern zeigen ähnliche Ergebnisse (siehe Tab.1).

Tab.1: Psychopharmakaprävalenz bei Menschen mit Intelligenzminderung (in %)				
Autoren	Neuroleptika (Davon Atypika)	Antidepressiva(d avon SSRI)	Anxiolytika und Sedativa	Anti- epileptika
MEINS et al. 1993	27,8	2,9	6,8	Ohne Angabe
HÄBLER 1998	33,8 (25,0)	2,4	8,4	27,2
STOLKER et al. 2002	41,2	15,3	21,5	21,5
SPREAT et al. 2004	20,8 (7,7)	15,0 (11,1)	13,9	7,6 (nur psychia- trische Ind.)

Zu kritisieren ist auch in diesen Studien vor allem die Tatsache, dass in ca. 75 % der behandelten Fälle keine klare medizinische Indikation bzw. Zielsymptomatik definiert ist und eine Überprüfung der Wirkungen und Nebenwirkungen im Verlauf so gut wie gar nicht stattfindet bzw. dokumentiert wird. Auch konnten MEINS et al. (1993) aufzeigen, dass die Wohnform geistig behinderter Menschen (Wohngruppe, Kleinheim, Großeinrichtung) einen Einfluss darauf hat, ob und

unter welchen Rahmenbedingungen eine Behandlung mit Psychopharmaka erfolgt. Diese Aussage muss aber aufgrund neuerer Untersuchungen wieder in Frage gestellt werden (SCHMIEDER 2006, HENNICKE in diesem Band). Insgesamt gesehen gibt es im deutschen Sprachraum nur wenige Autoren, welche bisher zum Thema „Psychopharmakotherapie

Kasten 2: Deutsche Autoren zum Thema „Psychopharmakotherapie bei geistiger Behinderung“

- Mathias DOSE, Taufkirchen/Vils (1999,2003)
- Christian GAEDT, Neuerkerode (1995,1997)
- Frank HÄSSLER, Rostock (1998,1999,2000,2002,2006,2007)
- Klaus HENNICKE, Berlin (1995,2004, 2006)
- Wolfgang MEINS, Hamburg (1988,1991,1993,1995,1999,2005)
- Anne SAND, Neuerkerode (1994)
- Christian SCHANZE, Ursberg (2003,2007)
- Martin SCHMIEDER, Bochum (Diplomarbeit 2006)
- Michael SEIDEL, Bethel (1994,1998)

bei Menschen mit geistiger Behinderung“ Arbeiten veröffentlicht haben (Kasten 2). Als Konsens gilt, dass eine Psychopharmakotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung dann *indiziert* ist, wenn

- a) eine behandlungsbedürftige psychische Störung nach ICD-10 vorliegt und/oder
- b) eine schwerwiegende Verhaltensstörung nach der Definition von EMERSON (1995) gegeben ist (siehe Kasten 3). „*Kontraindiziert*“ sind Psychopharmaka bei Menschen mit Intelligenzminderung als „Ersatz“ für andere notwendige Betreuungs- und Fördermaßnahmen sowie als freiheitsentziehende Maßnahme im Sinne einer „chemischen Fixierung“.

Kasten 3: Definition „Herausforderndes Verhalten“ nach EMERSON 1995

Herausforderndes Verhalten = Challenging Behaviour:

Ein kulturell unangemessenes Verhalten von einer Intensität, Häufigkeit und Dauer, dass die physische Sicherheit der Person oder Anderer ernsthaft gefährdet ist oder ein Verhalten, dass gravierend die Nutzung von Einrichtungen der Gemeinschaft begrenzt oder dazu führt, dass der Zugang zu diesen verwehrt wird.

Bei Durchsicht der aktuell vorliegenden Literatur ergeben sich zahlreiche Problemfelder, welche bei der Frage einer Psychopharmakotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung zu beachten sind (siehe Kasten 4). Zwei Bereiche aus dieser Liste sollen hier kurz thematisiert werden:

Psychopharmakotherapie bei Verhaltensstörungen

Wie schon erwähnt erfolgt eine Psychopharmakotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung sehr häufig aufgrund problematischer Verhaltensweisen. Hierzu gibt es aber laut aktueller Studienlage keine Evidenzbasierung, vielmehr ist diese die am wenigsten erfolgversprechende Therapieform bei Verhaltensstörungen und trotzdem findet sie allzu häufig unkritische Verwendung (BRYLEWSKI & DUGGAN 1999)! Zwar gibt es neuere Studien, die z.B. eine positive Wirkung von einigen atypischen Neuroleptika auf autoaggressive, aggressive, agitierte sowie

Kasten 4:
**Problemfelder im Rahmen der Psychopharmakotherapie bei Menschen mit
 Intelligenzminderung**

- Art und Schwere der Behinderung
- Alter und Geschlecht
- Wohn-, Beschäftigungs- und Betreuungssituation
- Verhaltensstörungen bzw. psychische Erkrankungen
- Komorbidität (z.B. Epilepsie, Cerebralparese, Sinnesbehinderungen)
- Information und Aufklärung des gesetzlichen Betreuers sowie des Betreuungspersonals in den Wohn- und Arbeitsstätten
- Indikationsbereiche der verabreichten Medikamente („Off – Label - Use“) sowie nicht - fachärztliche Versorgung
- Anordnungs- und Durchführungsdefizite bezüglich einer Bedarfsmedikation
- Zusammensetzung von untersuchten Stichproben (Wohngruppe, Großeinrichtung, Klinik)
- Einwilligungsfähigkeit bei klinischen Prüfungen
- Unterschiedliche Konzepte von Psychologie und Pädagogik einerseits sowie Medizin und Psychiatrie andererseits („behaviour“ versus „brain“ bzw. „skills“ versus „pills“)

stereotype Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung darlegen (AMAN et al. 1999, HÄSSLER et al. 2002, DEB et al. 2007), doch sind die Fallzahlen dieser Studien meist sehr gering. Gleiches gilt für die Gruppe der Antidepressiva, insbesondere der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (sogenannte SSRI) (SOHANPAL et al. 2007).

Psychopharmakotherapie in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Es gibt im deutschen Sprachraum nur wenige Untersuchungen zum Thema Häufigkeit und Umgang mit Psychopharmaka in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. RÖSSERT & STEIGER berichten 2003 in der *Zeitschrift „Geistige Behinderung“* über die Erfolge einer drastischen Psychopharmaka-reduktion von ehemaligen geistig behinderten Langzeitpatienten aus unserem Klinikum in Haar im Beobachtungszeitraum von 1997 bis 2001. Hierbei waren ein systemischer Therapieansatz, ein konzeptioneller Verzicht auf mechanische und chemische Fixierungen, intensive Mitarbeiterschulungen, die Einführung eines Bezugspersonensystems sowie regelmäßige Teamsupervision von zentraler Bedeutung mit dem Ziel, Krisen vor Ort zu lösen und diese nicht an die psychiatrische Klinik zu delegieren. SCHMIEDER hat im Mai 2006 eine Untersuchung in 10 Wohngruppen aus 7 Behinderteneinrichtungen aus dem Ruhrgebiet und dem Münsterland zur Praxis der Psychopharmakotherapie durchgeführt. Seine Untersuchung umfasst 114 BewohnerInnen und 25 Mitarbeiterinterviews, als Ergebnis wird neben einem Mangel an Fachdiensten und einer häufig fehlenden Supervision festgestellt, dass eine Integration der Psychopharmakotherapie in ein multimodales Behandlungskonzept kaum stattfand und sowohl die Dokumentation als der Informationsstand der MitarbeiterInnen bezüglich der eingesetzten Psychopharmaka als mangelhaft eingestuft wird. Eine

ähnliche Untersuchung mit deutlich größerer Fallzahl und mehr Einrichtungen, 2007 durchgeführt in Berlin von HENNICKE (in diesem Band), berichtet über gleichlautende Ergebnisse und lässt die Vermutung aufkommen, dass zwar regional unterschiedlich aber insgesamt bundesweit pädagogisch notwendige Lösungen von Verhaltensproblemen sowie Betreuungsdefizite von Menschen mit Intelligenzminderung in zunehmendem Maße durch zu häufige und mit fragwürdigen Indikationen durchgeführte Psychopharmakaverordnungen ersetzt werden.

Standards der Psychiatrie – Chancen

Wie schon erwähnt gibt es bis heute im deutschen Sprachraum nur wenige Publikationen zum Thema „Psychopharmakotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung“, während sich in der angloamerikanischen Literatur schon 1985 durch SOVNER & HURLEY sowie 1990 durch EINFELD formulierte Grundsätze der Psychopharmakabehandlung bei Menschen mit geistiger Behinderung finden, an deren notwendigen Beachtung und Umsetzung es aber noch vielerorts mangelt (siehe Kasten 5). Während es in Deutschland keine Leitlinien oder Konsensus-Empfehlungen der psychiatrischen Fachgesellschaften zur Psychopharmakotherapie bei Intelligenzminderung gibt liegt eine umfangreiche Buchveröffentlichung von AMAN & REISS als Herausgeber aus dem Jahr 1998 vor, in welchem die Ergebnisse einer im Juni 1995 in Columbus/Ohio durchgeführten Konsensus-Konferenz zusammengefasst sind, an der 351 ExpertInnen aus den USA, Kanada, Australien, Neuseeland, Finnland, Schweden und England teilnahmen.

Kasten 5: Grundsätze der Psychopharmakotherapie geistig behinderter Menschen (nach SOVNER & HURLEY 1985, EINFELD 1990)

1. Voraussetzung: Umfassende Analyse möglicher Zielsyndrome des betreffenden Individuums; Was ist durch nichtpharmakologische Maßnahmen mit zumutbarem Aufwand für Klient wie Betreuungspersonal erreichbar, was nicht?
2. Beachtung der rechtlichen Vorschriften, Wille des Betroffenen selbst
3. Integration der Psychopharmaka - Therapie in einen multiprofessionellen Gesamtbehandlungsplan
4. Vor Therapiebeginn Festsetzung der maximal einzusetzenden Dosis und der nächsten alternativen Schritte bei Ausbleiben des gewünschten Effekts (Prinzip: „start low, go slow“)
5. Dokumentation aller Veränderungen in der Zielsymptomatik wie auch der Nebenwirkungen
6. Vereinbarung einer definierten Bedarfs-medikation für Krisensituationen
7. Permanente Überprüfung des konkreten Wirkung-Nebenwirkung-Verhältnisses, um gegebenenfalls zu den bereits eingeplanten Behandlungsalternativen überzugehen
8. Besonderer Berücksichtigung bedürfen Besonderheiten in der Medikamentenverträglichkeit, ohne dass im Einzelfall die genaue Wirkung vorhersagbar ist (z.B. paradoxe Wirkung, Delir-Gefahr, körperliche Begleiterkrankungen, herabgesetzte Krampfschwelle etc.)

Kasten 6: Empfohlene Medikation nach psychiatrischer Diagnose bei Intelligenzminderung	
Anpassung	Anxiolytika
Aggression (chronisch & "organisch")	1. β -Blocker 2. Buspiron 3. Antikonvulsiva
Akathisie (neuroleptisch induziert)	β -Blocker (Propranolol)
Aufmerksamkeits-defizithyperaktivitäts-syndrom (ADHS)	1. Stimulanzien 2. trizyklische Antidepressiva
Autismus	Neuroleptika
Depressive Störungen	Antidepressiva
Enuresis	trizyklische Antidepressiva
Generalisierte Angststörung	1. Anxiolytika 2. Antidepressiva
Hyperaktivität	Clonidin
Manie	1. Lithium 2. Valproat, Carbamazepin 3. Benzodiazepine
Panikstörung	1. Antidepressiva 2. Benzodiazepine
Pica (infolge Zinkmangel)	Zink
Schizophrenie	Neuroleptika
Selbstverletzendes Verhalten	1. Naltrexon 2. Neuroleptika 3. Antidepressiva 4. β -Blocker
Schlafstörungen (nicht durch psychiatrische Erkrankung bedingt)	1. Melatonin 2. Benzodiazepine 3. Clonidin
Tourette-Syndrom (auch andere Tics)	1. Neuroleptika 2. Anxiolytika 3. Clonidin
Zwangsstörung	Clomipramin, Fluoxetin, Paroxetin

Eine Aktualisierung der Ergebnisse wurde 2004 erneut von AMAN publiziert²⁴. Hierin sind u.a. die in Kasten 6 aufgelisteten störungs-spezifischen Behandlungsempfehlungen zu finden. In den letzten Jahren lassen sich auch für

²⁴ ***The international consensus process on psychopharmacology and intellectual disability:***

- 1991 REISS and AMAN initiieren Consensus Panel mit 115 Spezialisten aus 11 Ländern
- 15.-16.06.1995 Konsensus-Konferenz in Columbus/Ohio mit 351 Teilnehmern aus USA, Kanada, Australien, Neuseeland, Finnland, Schweden, England)
- 12/1997: Artikel in Journal of Intellectual Disability Research
- 1998 Buchveröffentlichung REISS, S., AMAN, M.G. (Eds.): Psychotropic Medications and Developmental Disabilities: The International Consensus Handbook. The Ohio State University Nisonger Center (Publisher)
- 2004 AMAN, M.G. et al.: Treatment of psychiatric and behavioural problems in individuals with mental retardation – an update of the expert consensus guidelines.

den Bereich der Psycho-pharmakotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung folgende positive Behandlungstrends beobachten:

- häufigere Anwendung von atypischen Neuroleptika wie z.B. *Risperidon*, *Olanzapin*, *Amisulprid*, *Quetiapin* gegenüber klassischen Neuroleptika wie Haloperidol, Perazin, Levome-promazin, wodurch eine deutliche Reduktion von möglichen extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen erfolgt,
- häufigere Anwendung von Serotoninwiederaufnahmehemmern (SSRI) wie *Citalopram*, *Sertralin*, *Fluvoxamin* statt trizyklischer Antidepressiva wie *Amitriptylin*, *Imiprmin*, *Doxepin*, *Maprotilin* zur Vermeidung anticholinergischer Nebenwirkungen wie z.B. Sedierung, Mundtrockenheit, Kreislaufdysregulation,
- häufigere Anwendung neuerer Antiepiletika wie *Lamotrigin*, *Levetiracetam*, *Topiramate*, *Pregabalin*, wodurch weniger Medikamenteninteraktionen, sedierende Effekte und eine bessere Anfallskontrolle erfolgt,
- häufigere Anwendung von SSRI statt Neuroleptika insbesondere bei stereotypen, repetitiven und impulsiv-aggressiven Verhaltensstörungen,
- häufigere Anwendung des Therapeutischen Drug-Monitorings (TDM) zur Vermeidung unerwünschter Medikamenteninteraktionen insbesondere bei Polypharmazie.

Zudem hat sich das Wissen über mögliche unerwünschte Medikamentennebenwirkungen auch der neueren Substanzen verbessert wie z.B.



das Auftreten eines metabolischen Syndroms unter Behandlung mit einem atypischen Neuroleptikum. Für einzelne schon lange bekannte Substanzen hat sich die Datenlage und Zulassung erweitert wie z.B. das mittelpotente Neuroleptikum *Zuclopenthixol*, das von den klassischen Neuroleptika die am besten untersuchte Substanz mit nachgewiesenen positiven Effekten bei expansiven Verhaltensstörungen von

Menschen mit Intelligenzminderung ist (SANTOSH & BAIRD 1999, HÄSSLER 2007). Doch trotz dieser positiven Aussagen zur Psychopharmakotherapie wird diese nur erfolgreich sein können, wenn sie eingebettet ist in ein multidimensionales diagnostisch-therapeutisches Gesamtkonzept, in welchem nach Schanze die Psychopharmakotherapie „nur eine Säule“ im Rahmen der Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung und schweren Verhaltensstörungen und/oder psychischen Störungen darstellt (siehe nebenstehende Abb.). Zur Vertiefung sei auf die aktuelle deutschsprachige Literatur (STAHL & IRBLICH 2005, SCHANZE 2007) hingewiesen, in welcher eine solche interdisziplinäre Diagnostik und Therapie ausführlich dargestellt wird. Anne SAND aus Neuerkerode hat schon 1994 folgende Bedingungen für eine Optimierung der Psychopharmakotherapie bei

Menschen mit Intelligenzminderung im Sinne einer rationalen und integrierten Psychopharmakotherapie formuliert:

Integration der Psychopharmakotherapie in den therapeutisch-pädagogischen Prozess: Die Einbeziehung der pädagogischen BetreuerInnen als auch der Angehörigen ist ein unverzichtbares aber auch zeitaufwendiges Erfordernis, das von den Beteiligten ein hohes Maß an Arbeits- und Zeitorganisation verlangt.

Besondere Qualifikation der pädagogischen Mitarbeiter/innen: als Vermittler im Arzt-Patient-Angehörigen Verhältnis spielen die pädagogischen MitarbeiterInnen sowohl bei diagnostischen Entscheidungen als auch bei der Therapie-Verlaufskontrolle eine wichtige Rolle, was besondere Fachlichkeiten und Kompetenzen erfordert. Diese gilt es in Aus-, Fort- und Weiterbildung als auch durch Supervision zu vermitteln.

Koordination des therapeutisch-pädagogischen Prozesses und besondere Qualifikation der koordinierenden Therapeut/innen: Diese „vor Ort“ zu leistende Tätigkeit, die vom behandelnden Arzt meist nicht erfüllt werden kann, sollte idealerweise durch therapeutisch ausgebildete Psychologen und/oder Pädagogen erfolgen, die auch Kompetenzen im Umgang mit Psychopharmaka haben. Es besteht jedoch ein breiter Mangel an entsprechenden MitarbeiterInnen in Wohngruppen, Werkstätten und /oder Fachdiensten.

Besondere Qualifikation des Arztes: Neben guten pharmakologischen Kenntnissen sind insbesondere Erfahrungen im Umgang mit intelligenzgeminderten Menschen und deren Lebenswelten erforderlich. Bisher fand dies in Deutschland im Rahmen der universitär geprägten Mediziner Ausbildung nur wenig Beachtung, jedoch wurde im Rahmen der Novellierung der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie im Jahr 2003 der Themenbereich „Erkennung und Behandlung psychischer Störungen bei lern- und geistigbehinderten Menschen“ mit aufgenommen. Dieses Fachwissen gilt es nun entsprechend weiterzuverbreiten, wozu auch die zweimal jährlich in Kassel stattfindenden Arbeitstagungen der *Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.* einen wesentlichen Beitrag leisten.

Wenn die Mahnung „*Psychopharmaka sollten nie langfristig als Ersatz für menschliche Beziehung oder aus Mangel eines geeigneten konzeptionellen Rahmens zum Einsatz kommen*“ (RÖSSERT & STEIGER 2003) beachtet wird und Psychopharmaka gezielt, maßvoll und nach den oben erwähnten Grundsätzen und Richtlinien angewendet werden, so können ihre möglichen positiven Wirkungen auch bei Menschen mit Intelligenzminderung bestmöglich genutzt werden.

Literatur

- AMAN, M.G., MADRID, A. (1999): Atypical Antipsychotics in Persons with Developmental Disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 5(1999).
- AMAN, M.G., CRISMON, M.L., FRANCES, A., KING, B.H., ROJAHN, J.(2004): Treatment of psychiatric and behavioural problems in individuals with mental retardation – an update of the expert consensus guidelines. <http://www.psychguides.com/Expert%20Consensus%20Guidelines%20Update.pdf> (20.06.06)
- BRADL, CH., PETRY, D. (1999): Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe – Projekte und Konzepte. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

- DEB, S., SOHANPAL, S.K., SONI, R., LENOTRE, L., UNWIN, G. (2007): The effectiveness of antipsychotic medication in the management of behaviour problems in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research* 51, 766-777.
- DGPPN (Hrsg.): *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie* (2003): Band 6 - Behandlungsleitlinie Psychopharmakotherapie, Steinkopff-Verlag, Darmstadt.
- DOSE, M. (1999): Notfall- und Krisensituationen bei Minderbegabung. In: HEWER, W., RÖSSLER, W. (Hrsg.): *Das Notfall Psychiatrie Buch*. Urban&Schwarzenberg, München.
- EMERSON, E., MOSS, S., KIERNAN, C. (1999): The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorder in people with severe developmental disabilities. In: BOURAS, N. (Ed.): *Psychiatric and behavioral disorders in developmental disabilities and mental retardation*. Cambridge University Press, p.38-48
- GAEDT, CH. (1995): *Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Neuerkeröder Beiträge, Heft 10. Neuerkerode
- HÄBLER, F., FEGERT, J.M. (2000): *Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung*. Therapiekompodium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte. Schattauer-Verlag, Stuttgart.
- HÄBLER, F. (2006): Polypharmazie in der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: MESSER, M; SCHMAUß, M.: *Polypharmazie in der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Springer-Verlag, Wien-New York
- HENNICKE, K., MEINS, W. (1995): Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung von geistig Behinderten mit psychischen Störungen. *Psychiatrische Praxis* 22(1995).
- KONJARCZYK, M., HENNICKE, K. (Hrsg.) (2003): *Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung - eine kritische Standortbestimmung*. Materialien der DGSGB, Band 5, Berlin.
- MEINS, W., AUWETTER, J., KRAUSZ, M., TURNIER, Y. (1993): Behandlung mit Psychopharmaka in unterschiedlichen Einrichtungen für geistig Behinderte. *Nervenarzt* 64, 451-455.
- MESSER, M; SCHMAUß, M. (2006): *Polypharmazie in der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Springer-Verlag, Wien-New York
- REISS, S., AMAN, M.G. (Eds.) (1998): *Psychotropic Medication and Developmental Disabilities*. The International Consensus Handbook. The Ohio State University Nisonger Center (Publisher)
- RÖSSERT, B., STEIGER, P. (2003): Es geht doch ohne Psychopharmaka – Mehr Lebensqualität für Menschen mit herausforderndem Verhalten. *Geistige Behinderung* 4:317-328. Lebenshilfe-Verlag, Marburg.
- SAND, A. (1994): *Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Einige Überlegungen aus psychotherapeutischer Sicht. In: LOTZ, W., KOCH, U., STAHL, B.: *Psychotherapeutische Behandlung geistig Behinderter Menschen-Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte*. Hans Huber Verlag, Bern.
- SANTOSH, P.J., BAIRD, G. (1999): Psychopharmacotherapy in children and adults with intellectual disability. *Lancet* 354.
- SCHANZE, CHR. (Hrsg.) (2007): *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung*, Schattauer-Verlag, Stuttgart.
- SCHMIEDER, M. (2006): *Psychopharmakotherapie in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe-Einstellungen und Erfahrungen der Mitarbeiter*. Diplomarbeit an der Ev.FH Rheinland-Westfalen-Lippe, FB Heilpädagogik, Bochum.
- SEIDEL, M. (1994): Aspekte der Psychopharmakotherapie psychischer Störungen und Krankheiten bei geistig behinderten Menschen. In: LOTZ, W., KOCH, U., STAHL, B.: *Psychotherapeutische Behandlung geistig Behinderter Menschen-Bedarf, Rahmenbedingungen, Konzepte*. Hans Huber Verlag, Bern.
- SOHANPAL, S.K., DEB, S., THOMAS, C., SONI, R., LENOTRE, L., UNWIN, G. (2007): The effectiveness of antidepressant medication in the management of behaviour problems in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research* 51, 750-765.
- SPREAT, S., CONROY, J.W., FULLERTON, A. (2004): Statewide longitudinal survey of psychotropic medication use for persons with mental retardation: 1994 to 2000. *Am J Ment Retard* 109:322-331.
- STAHL, B., IRBLICH, D. (Hrsg.) (2005): *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung - ein interdisziplinäres Handbuch*. Hogrefe-Verlag, Göttingen.
- STOLKER, J.J., KOEDOOT, P.J., HEERDINK, E.R., LEUFKENS, H.G.M., NOLEN, W.A. (2002): Psychotropic drug use in intellectually disabled group-home residents with behavioural problems. *Psychopharmacopsychiatry* 35:19-23.

Psychopharmaka – Fluch oder Segen? Ergebnisse der Tagung

Regina Humbert

Als Redakteurin der Fachzeitschrift „Geistige Behinderung“ der Bundesvereinigung Lebenshilfe überschaue ich seit nunmehr gut 18 Jahren die Fachthemen, die uns aus Wissenschaft und Praxis angeboten werden. Das sind insgesamt sehr viel mehr Beiträge als wir publizieren können. Veröffentlicht haben wir in diesem Zeitraum an die 400 Aufsätze, wovon gut ein Zehntel sich mit psychiatrischen Fragen, mit Therapien oder pädagogischen Zugangsmöglichkeiten bei psychischen Problemen oder Verhaltensauffälligkeiten und mit Strukturen der Versorgung in solchen Fällen befasst. Ausdrücklich im Titel führen nur drei davon das Wort Psychopharmaka. Das kann man verwunderlich finden angesichts einer doch erkennbar großen Not. Oder auch nicht verwunderlich, mir entstand der Eindruck, dass sich hierin ein gewissermaßen dunkles Kapitel abbildet, das auf Ratlosigkeit, auf Hilflosigkeit verweist, vielleicht auf Beschämung wegen Verwendung einer chemischen Zwangsjacke, wie Psychopharmaka manchmal genannt werden. Als Eindruck an meinem abstrakten Ende der Arbeit für Menschen mit geistiger Behinderung entstand eher zwischen den Zeilen, dass zu oft, zu viel, zu lange, zu unkoordiniert und letztlich ohne gutes Ende Medikation verabreicht und dass der schwarze Peter dafür zwischen Eltern, Pädagogen, Psychologen und Medizinern hin- und hergespielt würde. Aus Sicht meiner Redaktion könnte man sagen, es war höchste Zeit für diese Tagung. Der Zulauf an Interessenten bestätigt das.

Bei meiner Vorbereitung auf diese Tagung anhand verschiedener Unterlagen, die die Referenten mir dankenswerterweise zugereicht hatten, zeigte sich wieder ganz schnell, wie schwierig unser Gegenstand ist, der nicht weniger umfasst als komplette Lebensgeschichten und Forschungsgebiete und sehr viel Emotion. Ich fand es nicht leicht, daraus eine Zusammenfassung zu formulieren. Was ich versuchen werde, ist, anhand einiger Aspekte etwas über den Stand der Dinge aus Sicht der Beteiligten zu sagen. Und weil die Frage „Fluch oder Segen?“ nicht polarisierend beantwortet werden kann, werden Fragen bleiben und Wünsche.

Die Referate

Die Referate der Tagung stehen für verschiedene Arbeitsgebiete und damit für unterschiedliche Sichtweisen und unterschiedliche Nähe zu dem Menschen mit geistiger Behinderung, dessen individuelle Lage es zu verbessern gilt.

Wie ist diese Lage überhaupt hinsichtlich Diagnose, Indikation, Versorgung und Kontrolle des Behandlungsverlaufs, wird aus dem Blickwinkel der Forschung von Professor Klaus HENNICKE untersucht. In seinem Fach, der Psychiatrie, begegnet er Menschen als Patienten, an deren Geschick er für gewisse Zeit beteiligt ist. Das Davor und Danach liegt weniger in seiner Hand. Er berichtet von einer Studie zur Situation der stationären Behindertenhilfe in Berlin, die ergab, dass 30 % der Bewohner(innen) Psychopharmaka erhalten, oft in Verbindung mit weiteren

Medikamenten, aber ohne Kontrolle der Wechselwirkungen. Es fehle an erklärten Behandlungszielen und an geregelten Verlaufskontrollen. Die Notwendigkeit psychopharmakologischer Behandlung stehe nicht in Frage, sondern die Vernetzung, Informiertheit und Verantwortung aller Akteure wird problematisiert. Als Vater erlebt Günther JASPERT die Notwendigkeit psychopharmakologischer Behandlung seines Sohnes und damit sowohl Segen als auch Fluch. Der Segen lag in leichterer Umgänglichkeit, konnte aber den Fluch der quälenden Formen von Neben- und Langzeitwirkungen nicht dauerhaft bannen. Jaspert fragt nach gelingender Zusammenarbeit von Heilpädagogen und Psychiatrie und hofft damit auf optimale Behandlungskonzepte. Ganz wichtig ist sein Appell an die Forschung, sich um Wirkung und Nebenwirkungen der Psychopharmaka zu kümmern. Was kommt nach Psychopharmaka, die zunächst als Rettung erscheinen, wenn dieser Weg wegen der Nebenwirkungen doch nur eine Sackgasse war?

Der Pädagoge Heiner BARTELT spricht von Spannungen im Verhältnis der Pädagogik zum Umgang mit Psychopharmaka: Lieber nicht, so lautet die Haltung wohl überwiegend, und dann geht es doch nicht ohne. Wer hat da versagt, wer hat Schuld? Wie steht es um Informiertheit, Konzepte im pädagogischen Alltag und Verantwortlichkeiten? Nicht immer wird an naheliegende Erfüllung von Bedürfnissen gedacht, wenn ein Mensch sich schwierig verhält. Wird richtig und ausreichend kooperiert? Wie werden Leben und Behandlung miteinander verbunden? Ist gute therapeutische und medizinische Versorgung überhaupt im Umfeld zu finden, ist sie für den Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung geschult?

Wenn alle Versorgungsangebote quasi unter einem Dach liegen, wie Henning MICHELS es aus der Evangelischen Stiftung Neuerkerode berichtet, scheint die Koordination und Kooperation der Disziplinen viel eher machbar. Michels hat einen Rahmen gezeichnet, in dem Zusammenarbeit erfolgen sollte: Gründliche Informiertheit über das, was, aus welchem Grund wann, wie und in welcher Dosierung und Dauer und zum Zweck welcher Wirkung verabreicht wird. Unrealistische Erwartungen sind so fehl am Platz wie überzogene Befürchtungen. Psychiatrische Erkrankungen müssen von Verhaltensauffälligkeiten unterschieden werden. Medikamentöse Behandlung als Dauerlösung ist fragwürdig. Gesprächskultur und Transparenz sind vonnöten. In Neuerkerode gibt es vorbereitete Dokumentationsbögen und wöchentlich interdisziplinäre Fallbesprechungen. Die geistig behinderten Menschen werden einbezogen und um ihre Zustimmung gefragt.

Wenn im Alltag nichts mehr geht, wird z. B. im Münchner Klinikum Ost Hilfe gesucht und eine Psychopharmakotherapie trotz oft vieler Vorbehalte akzeptiert. Dr. Manfred KONIARCZYK ist dort Psychiater und Psychotherapeut. Die Vergabe von Psychopharmaka darf nie ohne Diagnose erfolgen. Öfter liegt die Indikation nicht im eigentlich psychiatrischen Behandlungsspektrum, sondern – off-label – im Bereich von Verhaltensstörungen, wo Psychopharmaka aber nicht uneingeschränkt als hilfreich anzusehen sind. Medikation allein ist niemals das Mittel, das ausreicht, damit ein Mensch quasi auf Funktionalität geschaltet werden kann.

Soweit eine kurze Zusammenfassung der Referate. Anhand zweier Überschriften möchte ich nun noch versuchen, Fragen zu bündeln.

Die Beteiligten

Es geht um Menschen mit geistiger Behinderung, die psychisch krank sind oder in Krisen stecken, aus denen sie selbst bislang keinen tragbaren Ausweg gefunden haben. Es ist ihr Leben, und es fordert ihnen enorme Leistungen ab. Beteiligt sind die Eltern, die Angehörigen, das private Umfeld, sozusagen diejenigen, die keinen Feierabend haben. Auch für sie ist es ihr Leben, in dem sie vor großen Aufgaben stehen. Beteiligt sind die Fachleute aus Pädagogik, Psychologie und Psychiatrie, die hier ihr Können und Wissen in den Dienst stellen. Das ist ihr Beruf, für den sie lange gelernt haben und in dem sie sich täglich einsetzen. Alle agieren und reagieren in diesen Situationen, in denen um den Einsatz von Psychopharmaka gerungen wird.

Erreichen Sie das, was Sie erreichen wollen? Ist es das Richtige, was Sie erreichen wollen? Haben Sie die richtigen Mittel und gehen Sie die richtigen Wege? Haben Sie tragfähige Bündnispartner? Haben Sie die notwendigen Ressourcen? Sind Sie gut ausgebildet? Kennen Sie sich? Was möchte der Mensch im Zentrum all dieser Bemühungen selbst?

Die Psychopharmaka

Aus allem Gesagten wird deutlich, dass es sich bei dieser Medikation um wirkliche Notfälle handelt, dass das Medikament allein aber kein Garant für Heilung ist. Wissen wir genug über das, was einen Menschen in diese Situation gebracht hat? Was organisch in ihm vorgeht? Kennen wir andere Auswege an Stelle der Medikation? Oder zusätzlich zur Medikation? Welchen Fragen sollte die pharmazeutische Forschung nachgehen? Oder die Medizin? Tut das Medikament gut? Heute? Morgen? In einem Jahr? Hilft es wirklich? Wem? Führt die Scheu vor Psychopharmaka dazu, dass manchmal psychisch kranken Menschen ein notwendiges Medikament (zu lange) vorenthalten wird?

Eine Frage bleibt am Ende auch, worin eigentlich das Ziel des Einsatzes von Psychopharmaka besteht. Darin, sich ganz verzichtbar zu machen? Darin, einen (Lebens)Weg mindestens zu ebnen, der allzu viele Untiefen aufweist und auf dem Menschen, die ihn beschreiten, einsam wie Extrembergsteiger werden? Was aber nicht heißt, dass sie auf geglätteten Wegen nicht doch Neuland betreten, wo sie menschliche Orientierung brauchen. Wie viel gutes Leben, wie viel Lebensglück ist herstellbar?

Schluss

Eine Zusammenfassung zum Thema Psychopharmaka ist ein kurzer Ausschnitt aus einem Aufsatz, den die Fachzeitschrift „Geistige Behinderung“ in ihrer ersten Ausgabe 2008 bringt. In dieser Ausgabe befassen wir uns anlässlich des 50jährigen Bestehens der Lebenshilfe mit den Erfahrungen aus 50 Jahren der an den Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung beteiligten Disziplinen. Der Neuropädiater

Professor em. Gerhard NEUHÄUSER (2000, 84) schreibt über die Entwicklung der Medizin Folgendes:

„Mit der Entwicklung von Psychopharmaka bzw. von psychotropen Substanzen wurden in den vergangenen 50 Jahren zunehmend mehr Mittel verfügbar, mit denen psychische Störungen wirksam zu beeinflussen sind; besonders psychotische Erkrankungen nehmen dadurch einen weniger dramatischen Verlauf, als dies früher der Fall war. Die Möglichkeiten der Psychopharmakotherapie sollten deshalb auch bei Menschen mit geistiger Behinderung in Anspruch genommen und genutzt werden (GADOW & POLING 1988). Der weit verbreiteten Meinung, Psychopharmaka seien doch nur geeignet, eine Ruhigstellung zu erreichen und Menschen mit geistiger Behinderung für ihre Betreuerinnen bzw. Betreuer besser „handhabbar“ zu machen, muss entschieden widersprochen werden. Differenziert und indiziert eingesetzt, können Medikamente für die Verhaltenssteuerung recht hilfreich sein, sofern sie bei psychotischen Erkrankungen nicht sogar kausal wirken (HÄSSLER & FEGERT 2000). Die Durchführung pädagogischer Maßnahmen ist mitunter erst möglich, wenn unterstützend ein geeignetes Psychopharmakon eingesetzt wird (SEVIN et al. 2001). Wie immer, kommt es auch hier darauf an, dass der Therapie zunächst eine gute Diagnostik vorausgeht, am besten wieder interdisziplinär, und dass die Behandlung wirklich begründet ist, also Milieufaktoren und psychosoziale Bedingungen angemessen berücksichtigt wurden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, die Psychopharmakotherapie nach Möglichkeit zeitlich zu begrenzen und ihre Wirkungen immer genau zu dokumentieren. Auf Nebeneffekte bzw. Begleiterscheinungen muss sorgfältig geachtet werden, regelmäßige Kontrollen sind deshalb erforderlich. Das Medikament sollte ja nur Bestandteil eines umfassenden Behandlungsplans sein“.

Literatur

NEUHÄUSER, G. (2008): 50 Jahre medizinische Betreuung für Menschen mit geistiger Behinderung. Fachzeitschrift „Geistige Behinderung“ 1/08, 47.Jg., 78–89.

Autoren

Heiner Bartelt
Dipl. Pädagoge
Droste Gärten 13, 48308 Senden

Prof. Dr. Klaus Hennische
Facharzt für Kinder-, Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum
Leiter des Kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes
des Bezirks Spandau von Berlin
E-Mail: hennische@efh-bochum.de

Regina Humbert
Redaktion Fachzeitschrift „Geistige Behinderung“
Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.
Raiffeisenstr. 18, 35043 Marburg
Tel.: 0 64 21 49 11 54
E-Mail: regina.humbert@lebenshilfe.de

Günter Jaspert
Ministerialdirigent a.D.
Vorm. Vorsitzender, jetzt Ehrenvorsitzender des Vorstandes der
Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.
Erlenweg 33, 53227 Bonn
Tel.: 0228 462251

Dr. med. Manfred Koniarczyk
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Isar-Amper-Klinikum gGmbH, Klinikum München-Ost
Postfach 1111, 85529 Haar
Email: manfred.koniarczyk@iak-kmo.de

Henning Michels
Dipl. Psychologe
Evangelische Stiftung Neuerkerode
Schusterweg 8, 38173 Sickinge-Neuerkerode
Tel: 05305 201-281/Fax: -321
E-Mail: henning.michels@neuerkerode

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.: 0174 9893134
E-mail klaus.hennicke@gmx.de


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

Zweck

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

Hintergrund

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

Aktivitäten

Die DGSGb zielt auf die Verbesserung

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

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

Mitgliedschaft

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

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

Organisation

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

Vorstand:

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
 Prof. Dr. Klaus Hennicke, Berlin (Stellv. Vorsitzender)
 Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
 Prof. Dr. Gudrun Dobsław, Bielefeld (Schatzmeisterin)
 Dr. Knut Hoffmann, Göttingen
 Dipl.-Psych. Stefan Meir, Meckenbeuren
 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.dgsgb.de