dgsgb

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

Veronika Link & Knut Hoffmann (Hrsg.)

Aggressives Verhalten in Krisen

Halt geben und kraftvoll bleiben

Dokumentation der Fachtagung der DGSGB
am 20. März 2020 in Kassel

Materialien der DGSGB
Band 45

Berlin 2021

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.dnb.de abrufbar.

ISBN 978-3-938931-46-2

®2021 Eigenverlag der DGSGB, Berlin
Internet: klaus.hennicke@posteo.de
1. Aufl. 2021

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

Aggressives Verhalten in Krisen

Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 20. März 2020 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Knut Hoffmann & Veronika Link Einleitung	**4**
Simon Bartenschlager Zum Begriff der Krise - Vorstellung eines Stressmodells	**5**
Meike Wehmeyer Achtung Explosionsgefahr: Evidenzbasierte Strategien zum Umgang mit eskalierendem Verhalten	**16**
Veronika Link Pädagogische Selbstwirksamkeit bei Krisenmanagement und Gewaltprävention - Konzept aus der Praxis einer stationären Einrichtung	**31**
Annika Kleischmann Ambulante Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung - Chancen und Grenzen	**39**
Knut Hoffmann Möglichkeiten und Grenzen der stationären psychiatrischen Krisenintervention	**49**
AutorInnen	**57**

Einleitung

Knut Hoffmann & Veronika Link

Der Begriff der Krise ist verbreitet und nicht klar definiert. Krisen sind im menschlichen Leben nichts Ungewöhnliches. Eine Krise kann von sehr unterschiedlicher Schwere sein, und dies kann von den Personen, die sich im Umfeld der Krise befinden, höchst unterschiedlich bewertet werden. Hier beschränken wir uns auf den Aspekt von Krisen, der in der Lebenswirklichkeit von Menschen mit Intelligenzminderung oft den größten Raum einnimmt, nämlich den der Aggression.

Der Alltag in der Eingliederungshilfe und auch in vielen Familien mit geistig beeinträchtigten Mitgliedern wird häufig von aggressiven Krisen geprägt. Der Anteil von Personen, die hier besondere Schwierigkeiten haben, ist hoch. Oft richtet sich schädigendes Verhalten gegen andere Betreute oder gegen die Mitarbeiter*innen. Die Zusammenarbeit mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Diensten ist dringend erforderlich, und von allen Beteiligten ist viel Expertise gefragt, um auch längerfristig Halt geben und kraftvoll bleiben zu können.

Gemeinsam mit den Autorinnen und Autoren haben wir verschiedene Sichtweisen, Informationen und Hilfen zusammengestellt. Dies kann natürlich keinen Anspruch auf Vollständigkeit erfüllen und bleibt sicher an einigen Stellen unbefriedigend. Wir hoffen trotzdem, einen Beitrag zum besseren Verständnis von Krisen und zu deren Bewältigung geleistet zu haben.

Dr. Knut Hoffmann Veronika Link

Zum Begriff der Krise
Vorstellung eines Stressmodells

Simon Bartenschlager

Die folgenden Seiten verbinden das Thema *Zum Begriff der Krise – Vorstellung eines Stressmodells* mit Inhalten der DEKIM[1] Ausbildungen *DEKIM-Grundkurs* und *DEKIM-Krisenbegleiter*in*, praktischen Erfahrungen im pädagogischen und therapeutischen Setting einer Heilpädagogischen Tagesstätte und dem in diesem Kontext im Frühjahr 2020 verfassten „Unterstützerkreiskonzept“ der Heilpädagogischen Tagesstätte Pfaffenhofen a. d. Ilm.

Prävalenz von herausfordernden und aggressiven Verhaltensweisen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Bezogen auf die Prävalenz psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung (IM) zeigt sich eine *„deutlich erhöhte Häufigkeit psychischer Störungen bei dieser speziellen Personengruppe im Vergleich zur Normalbevölkerung“* (SCHANZE, 2006, 63). SAPPOK & ZEPPERITZ (2019) berichten von einer Studie von COOPER et al. (2007), in der jede vierte Person zum Untersuchungszeitpunkt (Punktprävalenz) eine Verhaltensstörung aufwies. Dabei zeigte sich ferner, dass Verhaltensstörungen bei schwerer Intelligenzminderung mit 29% deutlich häufiger auftreten als bei leichter Intelligenzminderung (13%). 18% der Studienteilnehmer*innen litten zum Zeitpunkt der Untersuchung an einer psychischen Störung.

Die Studienergebnisse von CROCKER et al. (2006), bei der 3165 Erwachsene mit Intelligenzminderung über einen Zeitraum von 12 Monaten mittels *Modified Overt Aggression Scale* (MOAS) untersucht wurden, beschreiben aggressives Verhalten allgemein bei 51,8% der Untersuchten. Detailliert wurden sachaggressives Verhalten bei 24%, verbale Aggressivität bei 37,6%, selbstverletzendes Verhalten bei 24,4%, fremdaggressives Verhalten bei 24,4% und sexuelle Aggressionen bei 9,8% der Personen beobachtet. Die Autor*innen beschreiben die meisten Aggressionen als mild. 4,9% der Aggressionen führten zu Verletzungen Dritter.

Da die Prävalenz aggressiver Verhaltensweisen bei Menschen mit Intelligenzminderung bei ca. 50% zu verorten ist, wird die Notwendigkeit professioneller Krisenbegleitung deutlich.

---

[1] DEKIM®: Akronym für „Deeskalation und Krisenmanagement bei Menschen mit Intelligenzminderung“ (Dr. med. Christian Schanze, Stefan Koch DEKIM GbR) (Anm. d Hrsg.)

Menschenbild und Haltung im Kontext Krise

Menschen mit Intelligenzminderung in krisenhaften Phasen zu begleiten bedeutet vor allem, die eigene pädagogische Haltung, die Glaubenssätze und das Menschenbild in Bezug zu der beruflichen Rolle und angewandten Methodik permanent reflektorisch zu überprüfen. Um die Haltung und das Menschenbild im Kontext krisenhafter Phasen und herausfordernder Verhaltensweisen praxisnah und plastisch darstellen zu können, wird im Folgenden ein Teil des Unterstützerkreiskonzepts der Heilpädagogischen Tagesstätte Pfaffenhofen a. d. Ilm vorgestellt.

> *„Indem wir die Kinder, Jugendlichen und jungen Volljährigen individuell in den Blick nehmen, ihnen wertschätzend begegnen und gemeinsam im Team arbeiten, wollen wir ihre Potenziale entfalten“* (LEITBILD HPZ, 2019). Die Betreuung und Förderung ist im Modell personenzentriert und wir fühlen uns somit den Grundhaltungen des personenzentrierten Ansatzes *Kongruenz, Empathie und Wertschätzung* (ROGERS, 1981) gegenüber unseren Klient*innen verpflichtet. Wir teilen die Ansichten des Konstruktivismus und gehen daher von folgender Grundannahme aus: „*Menschen konstruieren ihre Wahrheiten und ihre Wirklichkeit, niemand kann für sich den Besitz objektiver Wahrheit beanspruchen*“ (SCHWING & FRYSZER, 2015, 325). Wir sind von der Veränderbarkeit des Verhaltens von Menschen und der menschlichen Fähigkeit, sich (neuen) Umwelten anzupassen, überzeugt: „*Menschen verändern sich ständig, sie wechseln Standorte, zeigen je nach Kontext unterschiedliches Denken, Fühlen und Verhalten*“ (Ebd., 325). Nicht zuletzt gehen wir mit der systemischen Grundhaltung konform, die davon ausgeht, dass jedes Verhalten, das ein Individuum zeigt, eine positive Intention verfolgt und subjektiv für dieses Individuum Sinn ergibt (vgl. BARTENSCHLAGER & SIEGRIST, 2020).

Ergänzend sei auf ein Credo der DEKIM Ausbildungsreihe verwiesen, das „*immer eine Not und/oder ein Bedürfnis*“ (KOCH et al., 2017) hinter den herausfordernden Verhaltensweisen sieht. Laut SAPPOK & ZEPPERITZ (2019) entspricht das gezeigte Problemverhalten der jeweiligen emotionalen Entwicklungsstufe. Weiterhin wird den Menschen, die herausfordernde Verhaltensweisen zeigen, keine Absicht oder Böswilligkeit als Motivation zugeschrieben, denn „*Menschen, die sich richtig verhalten können, werden es auch tun*“ (HEJLSKOV ELVÉN, 2015).

Während andere Ansätze lediglich Funktionen des Verhaltens eher wertneutral in den Fokus rücken, neigen aktuelle Literatur und Ausbildung in Bezug auf Menschen mit IM dazu, die positive Intention in der Ausgangslage ihrer herausfordernden Verhaltensweisen zu betrachten. Die davon abzuleitende

validative Haltung führt dazu, dass aversive und „bestrafende“ pädagogische Anteile ausgeschlossen sind.

Zum Begriff der Krise

Als Krise werden wörtlich übersetzt Begriffe wie Beurteilung, Meinung oder Entscheidung beschrieben. Es handelt sich darüber hinaus um eine problematische, mit einem Wendepunkt verknüpfte Entscheidungssituation. Näher unterschieden werden bei DEKIM die Begriffe psychische Krise, Krisenintervention und Krisenbegleitung. Als psychische Krise wird eine fortschreitende oder plötzliche Verengung der Wahrnehmung, der Handlungs- und Problemlösefähigkeiten definiert, die bisherige Erfahrungen, Normen, Werte und Ziele in Frage stellt und für das Individuum einen bedrohlichen Charakter hat. Während Krisenintervention eine kurzfristige Einflussnahme von außen beschreibt, um Krisenzuspitzung, Traumatisierung oder Retraumatisierung zu vermeiden, bezieht sich der Begriff Krisenbegleitung auf den gesamten Prozess von Anpassungsschwierigkeiten, der sich im Kern mit der Not oder dem Bedürfnis des Gegenübers beschäftigt (vgl. KOCH et al., 2017). Somit wird in Folge der Begriff Krisenbegleitung auf die pädagogischen und therapeutischen Interventionen während einer krisenhaften Phase am exemplarischen Verlauf des Stressmodells von Breakwell angewandt.

Stressmodell eines gewalttätigen Ereignisses (nach G. Breakwell)

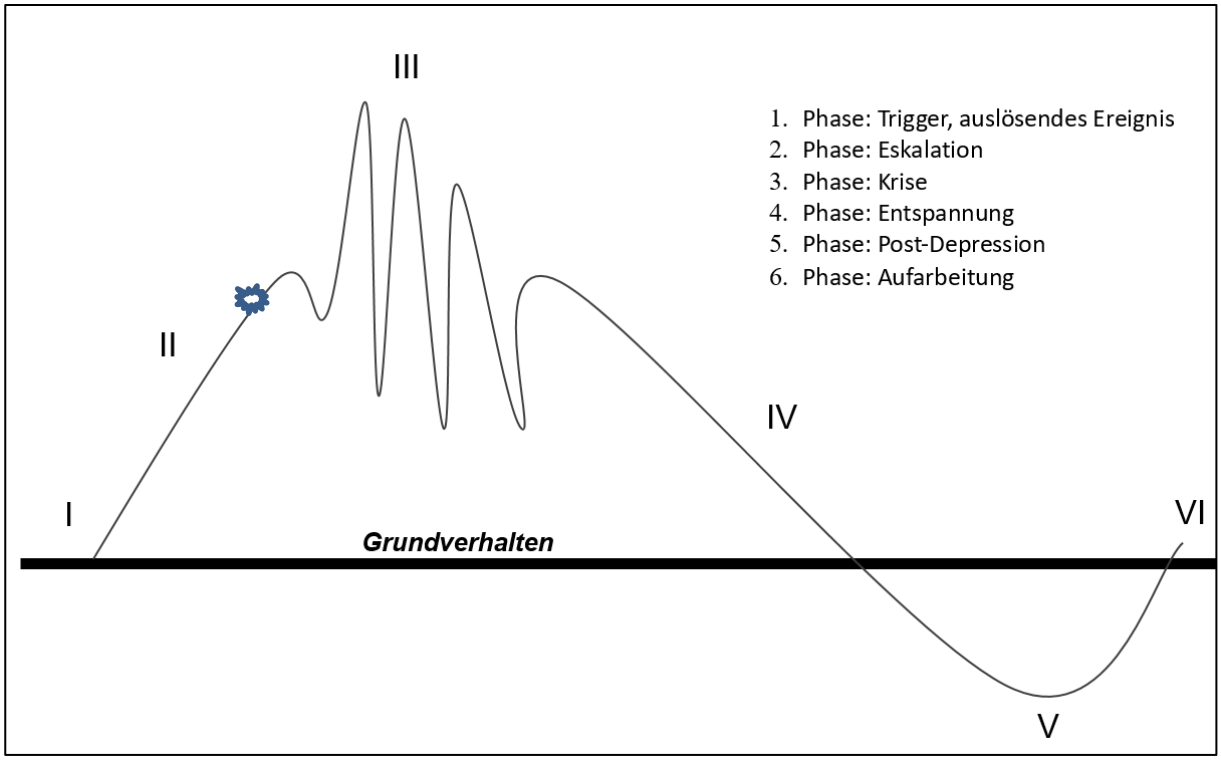
Glynis BREAKWELL (1997) hat in mehreren Untersuchungen herausgefunden, dass sich Phasen mit aggressiven Verhaltensweisen zu bestimmten Momenten in Intensität und im Ablauf ähneln und auf dieser Grundlage ein Stressmodel entwickelt. Dieses Stressmodell lässt sich ideal in eine anschauliche Beratungsarbeit im Kontext herausfordernde und aggressive Verhaltensweisen bei Menschen mit IM integrieren.

Das abgebildete Stressmodell (Abb. 1) weicht von der Ursprungsform von G. Breakwell ab, da DEKIM die Phase VI (*Aufarbeitung*) integrierte (vgl. KOCH et al., 2017).

Häufig beginnt eine krisenhafte Phase mit aggressiven oder gewalttätigen Ereignissen mit einem *Trigger* oder *auslösenden Ereignis*. In Folge steigt die Anspannung, was in Phase II als Eskalation beschrieben wird. Wird am Ende dieser Phase II der *Point of no Return* (Stern in der Abbildung) erreicht, folgt eine Krise mit optional mehreren Peaks. Nach der Krise entspannt sich die Person, das Stresslevel sinkt und hat mit Bezug auf das Aktivitäts- und Erregungsniveau in Phase V eine Episode unterhalb des normalen Grundverhaltens. Die Phase VI mit dem Aktivitäts- und Erregungsniveau auf oder

leicht oberhalb des Grundverhaltens eignet sich ideal, um reflektorisch aufzuarbeiten.

Abb. 1: Stressmodell eines gewaltätigen Ereignisses nach G. Beakwell



Um das Stressmodell an einem Beispiel im Verlauf nachvollziehbar zu veranschaulichen, folgt die Beschreibung einer Situation, wie sie in der pädagogischen Praxis im Rahmen der Tagesstättenbetreuung im September 2020 stattfand:

*Eine 15-jährige Jugendliche hatte sich nach dem Mittagessen auf der Toilette eingesperrt und laut Betreuer*innen eine Schere mitgenommen. Fremdaggressive Verhaltensweisen waren bereits im vorangegangenen Schuljahr zu beobachten, eine potenzielle Selbstgefährdung konnte nicht ausgeschlossen werden. Zwei Betreuer*innen standen in und am Eingang des Toilettenraumes und versuchten die Jugendliche zu beruhigen und zum Öffnen der Türe zu bewegen. Als mit Ankündigung die Tür von außen aufgesperrt wurde, drohte sie mit erhobenem Arm und der Schere in der Hand. Um die Situation nicht weiter zu eskalieren oder eine zusätzliche Gefährdungssituation zu provozieren, wurde Abstand zur Tür hergestellt, welche die Jugendliche sofort und energisch wieder schloss. Von der Kabine nebenan wurde versucht, Kontakt aufzubauen („ich muss sehen, ob es dir gut geht“) und mit ruhiger Prosodie und Leichter Sprache aufgefordert, die Schere auf den Boden zu legen und unter der Türe durchzuschieben, was letztlich erfolgreich war. Es folgte eine energische Reaktion. Der Mülleimer flog über die Toilettenabsperrung und sie schlug gegen die Trennwände der Kabine. Nach kurzer Pause schloss sie die Tür auf, rannte aus der Toilette, rempelte eine Person an und eilte zurück in den Gruppenraum. Sie legte sich in den Vorraum auf ein gepolstertes Podest, das die Jugendlichen häufig als Rückzugsmöglichkeit nutzten und blickte*

*zur Wand. Durch eine Scheibe in der Tür konnte sie und ihr Verhalten beobachtet werden und die Situation so analysiert werden, dass sie der Unterhaltung nicht folgen konnte und ihre Ruhe hatte. Die Betreuer*innen erklärten in dieser Phase, keinen Auslöser für das Verhalten erkannt zu haben. Es wurde die Mutter der Jugendlichen verständigt, welche ihre Tochter nach Schilderung abholen wollte. Dem Mädchen wurde nach einiger Zeit ein Glas Wasser angeboten, das sie annahm. Nach einem kurzen Gespräch mit der Mutter, die angab, dass die Jugendliche häufig am Abend den Grund/Auslöser für ihr Verhalten nennen könne, fuhr sie mit ihrer Mutter nach Hause. Am Abend rief die Mutter in der Tagesstätte an und erklärte, dass ihre Tochter im Schulkontext gerne in eine andere AG (Kochen statt Garten) gegangen wäre. Die Lehrkräfte und Betreuer*innen hatten sie in eine andere AG eingeteilt, da sie viele Nahrungsunverträglichkeiten hat. Auch die Jugendliche war beim Telefonat am Abend sortiert und mit klarer Sprache zu hören und führte die Angaben der Mutter aus.*
*Bezogen auf das Stressmodell beginnt die beispielhafte Darstellung in der Phase III, da die Jugendliche bereits in der Krise zu sein scheint, als sie auf die Toilette rennt. Auch sind mehrere Peaks mit kurzen abfallenden Momenten nachzuvollziehen, da sie nach dem Durchschieben der Schere und kurzer Pause sachaggressiv reagiert und später im Ansatz fremdaggressiv auf die Gruppe eilt. Darauf ist eine Entspannung (Phase IV) auf dem Podest im Vorraum zu beobachten. Eine Post-Depressionsphase ist für die Betreuer*innen nicht beobachtbar, da diese wahrscheinlich auf der Heimfahrt oder zu Hause stattfindet. Beim Telefonat am Abend hat sich die Jugendliche erholt oder teilweise erholt und ihr Aktivitäts- und Erregungsniveau scheint der Basislinie des Grundverhaltens nahe. Die Triggerphase I kann auf die Situation in der Schule (AG Wechsel ohne subjektiv ausreichender Partizipation) bezogen werden. Die Eskalationsphase II fand im Anschluss und während des Übergangs in die Tagesstätte und der Essensituation statt.*

Entkoppelt von der exemplarischen Darstellung eines krisenhaften Verlaufs, wie eben vorgestellt, folgt eine detailliertere Betrachtung der einzelnen Phasen mit Blick auf neurophysiologische Aktivitäten, Auswirkungen von Krisen und pädagogisch therapeutische Interventionsmöglichkeiten.
In der *Phase I* gibt es häufig einen Auslöser oder Trigger, der die krisenhafte Phase, ausgehend vom Aktivitäts- und Erregungsniveau des Grundverhaltens einleitet. Neurophysiologisch können es Momente sein, in denen die Amygdala im limbischen System den/die Trigger in Millisekunden und ohne rationale Beteiligung, also unbewusst verarbeitet. Über Thalamus und Hirnstamm werden die evolutionsbedingt notwendigen Kampf- oder Fluchtmechanismen in Gang gesetzt und es folgt eine Arousalreaktion. Eine starke Arousalreaktion wird beispielsweise durch Körperberührung, anhaltenden Blickkontakt, exogene Stressoren oder überfordernde Kommunikation verursacht oder verstärkt. Kann die Situation nicht angepasst oder verlassen werden, gleitet die Person in die Phase II.
In Phase I ist es für Krisenbegleiter*innen von Bedeutung, dass die Betreuer*innen und Therapeut*innen viel über die Person und ggf. triggernde Umstände wissen. Dementsprechend kann das Milieu gestaltet und präventiv krisenhafte Phasen vermieden werden. Die Achtsamkeit der Betreuer*innen ist an dieser Stelle zentral. Sind die Gehirnwellen in einem Alpha- oder SMR-

Betabereich (8-15Hz) und die pädagogische Rolle für die Betreuer*innen in der jeweiligen Situation klar, kann mit definiertem Auftrag in einer konzentrierten Wachheit achtsam beobachtet werden (vgl. KOCH et al. 2017). Beispielsweise könnte so eine unausgeglichene Affektlage beim Betreuten oder der Betreuten frühzeitig erkannt und das Milieu demnach validativ gestaltet werden. Bsp: Es kann im Sinne einer Not (beseitigen) oder eines Bedürfnisses (befriedigen) sinnvoll sein:

- Bezugsbetreuer*innen hinzuzuziehen,
- Aufgaben/Anforderungen zu vereinfachen,
- kommunikativ zu deeskalieren (leichte und beruhigende Sprache, Prosodie),
- einen Raumwechsel zu vollziehen,
- einen visualisierten Tagesplan als Unterstützung einzubeziehen,
- einen Kopfhörer aufzuziehen
- ein Kuscheltier oder Übergangsobjekt einzubeziehen,
- etc.

Im Idealfall kann ein angenehmer und harmonischer Zustand hergestellt werden.
Reguliert sich die Situation nicht von selbst und ist ein milieubezogenes Intervenieren nicht möglich oder wirksam, folgt die *Phase II* (Eskalation), in der sich die Arousalreaktion verstärkt und das Erregungsniveau steigt. Die eskalierende Person ist auf dem Weg in Richtung Krise. Während die Erregung steigt, versuchen die betreuenden Personen *Ausfahrten* anzubieten oder einzuleiten. Neben den in Phase I beispielhaft genannten Möglichkeiten der Milieugestaltung kann an dieser Stelle der Einsatz eines zuvor erstellten Krisenplans ebenso hilfreich sein wie eine personenbezogene Skillbox. Dazu sind Unterstützungsangebote, vor allem wenn eine Not oder ein Bedürfnis durch reines Beobachten nicht definiert werden kann, im Bereich Verbalisierung von enormer Relevanz. Viele Menschen regredieren mit Blick auf die emotionale Entwicklung in krisenhaften Phasen. Wie bereits erwähnt, ist eine plötzliche Verengung der Wahrnehmung, der Handlungs- und Problemlösefähigkeiten auch in Phase II bereits denkbar. Es ist daher sinnvoll, die Unterstützte Kommunikation mit Gebärden, Symbolkarten oder Kommunikationsgeräten ggf. so anzupassen, dass die Personen auch in krisenhaften Phasen in der Lage sind, sich mit den verfügbaren Hilfsmitteln ausdrücken zu können. Bereits in dieser Phase sind pädagogische Interventionen mit dem Ziel der Kompetenzerweiterung deplatziert. Die Personen haben sich, bezogen auf die Lernfähigkeit bereits vom Grundverhalten und damit der idealen neurophysiologischen Lern-voraussetzung entfernt und sind auf dem Weg in die Krise. Pädagogische

Einforderung von Regelverhalten oder Förderung im Sinne einer Fertigkeitenschulung sind an dieser Stelle häufig kontraindiziert und verstärken nicht selten die bereits begonnene krisenhafte Phase. Erreicht die eskalierende Person den „Point of no Return“ am Ende der Phase II, folgt eine *Fight or Flight*-Reaktion und die Krise (Phase III) ist unvermeidbar (vgl. KOCH et al., 2017).
In *Phase III* ist die Funktionalität des präfrontalen Cortex herabgesetzt. Lernen ist aufgrund des in Phase II bereits beschriebenen, nun jedoch weiter erhöhten Erregungsniveaus nicht mehr möglich. In dieser Phase geht es vor allem darum, die Krise schnellstmöglich zu beenden oder wenn die Krise nicht beendet werden kann, bestmöglich und professionell zu begleiten. Weiter wird angestrebt, eine Traumatisierung, Retraumatisierung sowie selbst- oder fremdgefährdende Situationen nach Möglichkeit zu vermeiden oder das Risiko zu minimieren. Dies gilt für Krisenbegleiter*innen und betreute Personen gleichermaßen. Wie in der Grafik dargestellt, zeichnet sich eine Krise bei Menschen mit IM häufig durch mehrere Peaks aus, sodass der zeitliche Umfang einer Krisenbegleitung schwer einzuschätzen ist. Während einer Krisenbegleitung gilt es zudem, die Beziehung zu/zur Klient*in bestmöglich aufrecht zu erhalten, da kontextbezogen nach der Krise eine tragfähige Basis für ein professionelles Miteinander vorhanden sein sollte. Davon abgeleitet ist jede Deeskalationstechnik von DEKIM so konzipiert, dass sie lediglich nach Notwendigkeit begleitend und subsidiär eingesetzt wird und aversive sowie Techniken mit einem Machtgefälle vermeidet. Da neurophysiologisch kein Lernen möglich ist, wirkt in dieser Phase nichts verstärkend (vgl. KOCH et al., 2017). Somit können beispielsweise Gummibärchen oder andere Lieblingsgegenstände zielgerichtet angeboten werden, wenn sie helfen, die Krise zu entschärfen. Einrichtungsintern wurden Erfolge beobachtet, als ein Jugendlicher (ASS) die Socken ausgezogen bekam oder an den Wangen und im Nacken gekühlt wurde. Bei anderen Betreuten hatte schnelles gemeinsames Laufen erregungsmildernde Effekte. Teilweise waren Angebote mit amorphen Massen wie Kinetic Sand, Knete oder Hackysacks mit auslenkender Wirkung auch noch in der Krise nützlich. Weiter können Personenwechsel, vor allem hin zur Bezugsperson sinnvoll sein. Ist diese nicht anwesend, können Stellvertreterobjekte versucht werden. Das Lieblingslied über einen Kopfhörer (idealerweise in der Skillbox vorbereitet) kann beispielsweise ein Gefühl von Sicherheit zurückgeben, das für Menschen (evtl. in der Krise regrediert) in der emotionalen Entwicklungsphase 2 (nach A. DOŠEN) zentrale Bedeutung hat. Ist das krisenhafte Verhalten stark aversiv und fremdgefährdend, sind die Krisenbegleiter*innen im Zweifelsfall im Spannungsfeld zwischen Selbstschutz und Fürsorgepflicht gegenüber anderen Gruppenmitgliedern oder Klassenkamerad*innen. Kann mit der eskalierten Person die Räumlichkeit nicht gewechselt werden, sollte es den involvierten Krisenbegleiter*innen möglich

sein, Unterstützung anzufordern, damit andere, evtl. gefährdete Personen aus dem Raum und in Sicherheit gebracht werden können. Aus pädagogischer und therapeutischer Sicht gilt vor allem in dieser Phase: Kein Öl ins Feuer, auf keine Statuswippe aufspringen, keine Kompetenzerweiterung und Regelumsetzung forcieren.

Ist die häufig fordernde, akute Krise beendet, folgt mit der *Phase IV* eine Entspannungsphase. Zentral ist, dass an dieser Stelle keine Aufarbeitung mit den deeskalierten Personen und den deeskalierenden Betreuer*innen stattfinden sollte. In der Entspannungsphase fällt die Anspannung langsam ab. Emotional sind teilweise vor allem die Betreuer*innen noch nahe an der eben begleiteten Krise und voller Adrenalin. Ratschläge und zielorientierte Beratung sind hier deplatziert, da in einem Gemisch aus noch immer hohem Adrenalinspiegel und gleichzeitiger Erschöpfung vieles als eigener Fehler oder ungenügende Professionalität interpretiert werden kann. Vereinfacht formuliert möchte in dieser Situation und diesem Zustand niemand hören, was sie/er hätte gerade anders/besser machen können. Für die Kolleginnen und Kollegen heißt das in der Konsequenz, wenn in dieser Phase eine Reflexion gefordert ist, werden im Idealfall die positiven Gesichtspunkte der Krisenbegleitung hervorgehoben. Eine Stabilisierung des emotionalen und sozialen Erlebens steht im Vordergrund. Weitere Aufarbeitungsaspekte folgen in Phase VI. Ist die deeskalierende, krisenbegleitende Person aus Sicht der Leitung oder aus Sicht eines/r Erstbetreuers/in nicht in der Lage weiterzuarbeiten, wird nach einrichtungsinternem Ablauf in Bezug auf Krisenfürsorge ärztliche Versorgung, eine Pause oder Heimfahrt sowie Krisennachsorge organisiert.

Bezogen auf die Klient*innen gilt ebenfalls, keine zu schnelle Aufarbeitung zu forcieren und für emotionale Stabilität und Wohlbefinden zu sorgen. Eine zielorientierte Aufarbeitung findet ebenfalls in der Phase VI statt. Auf die Praxis bezogen kann die deeskalierte Person eine Decke, ein Getränk, etwas zu Essen oder Anderes angeboten bekommen. Wenn eine ärztliche Versorgung nötig ist, übernimmt ein(e) Ersthelfer*in oder ambulanter medizinischer Dienst (vgl. KOCH et al., 2017). Unsystematisch beobachtet dauert die Entspannungs- und teilweise noch die Postkrisendepression ca. so lange, wie auch die akute Krise gedauert hat.

Das Aktivitäts- und Erregungsniveau sinkt in Folge ab und fällt qualitativ unter den Bereich des im Schaubild horizontal dargestellten Grundverhaltens. Die folgende *Phase V* der Post-Depression ist erreicht. Der zuvor noch hohe Adrenalinspiegel ist ebenfalls abgefallen und die beteiligten Personen fühlen sich je nach Intensität der Krise teilweise stark erschöpft. Auch in dieser Phase findet im Regelfall keine Aufarbeitung statt. Zentral ist die psychische und körperliche Erholung. Krisenfür- und Nachsorge sind bei Bedarf so gestaltet,

dass Ansprechpartner*innen wie Bezugspersonen und seelsorgerische Hilfe niederschwellig erreichbar sind. War die Begleitung während der Krise intensiv, so muss aus Betreuer*innensicht beispielsweise eine Entschuldigung nicht sofort angenommen und die Weiterarbeit mit der deeskalierten Person nicht sofort erfolgen. Wichtig für die begleitete Person ist jedoch, ihr ein klärendes Gespräch in Aussicht zu stellen. Dieser Ausblick sollte sich am emotionalen Entwicklungsstand orientieren und auch Aspekte wie Orientierung und chronologisches Denken etc. einbeziehen. Menschen mit einer bereits weiter ausgebildeten emotionalen Entwicklung können wahrscheinlich eher akzeptieren und damit umgehen, dass erst am nächsten Tag über den Vorfall gesprochen wird, als eine Person, die in SEED-Phase 3 mit einem starken Autonomie-Symbiose-Konflikt beschäftigt ist und mit der Distanz einer Klärung nicht umzugehen vermag (vgl. SAPPOK & ZEPPERITZ, 2019). Auf der anderen Seite sollte die deeskalierende, begleitende Person nicht zwangsläufig in eine Klärung gedrungen werden, wenn sie selbst noch Abstand zur Situation und ggf. der begleiteten Person benötigt, um eine evtl. traumatische Erfahrung nicht zu verstärken. Hier wäre, bezogen auf die fortlaufende Betreuung der deeskalierten Person, ein Betreuerwechsel sinnvoll (vgl. KOCH et al., 2017).
Ist die Post-Depression durchschritten, normalisiert sich im Idealfall das Aktivitäts- und Erregungsniveau in der Nähe des Grundverhaltens und die reflektorische, partizipatorische und zielorientierte *Phase VI* der Aufarbeitung kann stattfinden. Die beteiligten Personen haben einen Abstand zur akut erlebten Krise, Erstversorgungsmaßnahmen und evtl. Krisenfür- und Nachsorgemaßnahmen haben unterstützend stattgefunden oder wurden eingeleitet. Von großer Relevanz ist das für die Betreuer*innen niederschwellige Dokumentieren der krisenhaften Phase. Passende Vorlagen bieten beispielsweise die 31-Tage-Doku oder der ABC-Bogen (vgl. KOCH et al., 2017). Die Phase VI eignet sich, um in Unterstützerkreisen o. ä. eine SEED-Einschätzung durchzuführen und andere relevante entwicklungspsychologische und sonderpädagogische Gutachten/Befunde sowie systemisch diagnostische Werkzeuge zur ganzheitlichen Klient*innenbetrachtung heranzuziehen. Sind die relevanten Informationen zum(r) Klient*in sowie zum krisenhaften Verlauf definiert, können erste Fragen oder hypothetische Ableitungen gesammelt und in Folge Interventionen geplant werden. Um ein geeignetes, interdisziplinäres und multiprofessionelles Helfersystem zu implementieren und dieses an die aktuelle Thematik heranzuführen, sind neben den Elterngesprächen, dem Austausch in Komplexeinrichtungen auch die Kooperationspartner wie (ambulante) psychiatrische Dienste einzubeziehen. Es werden Aspekte der Milieugestaltung moduliert sowie Krisenpläne erstellt. Dabei ist es häufig sinnvoll, die begleitete Person selbst oder eine advokatorische Assistenz als „Stellvertretung“ partizipatorisch in den Prozess zu integrieren (vgl. KOCH et al.,

2017). Im Sinne der Krisennachsorge werden nach Bedarf kollegiale oder auch professionelle Beratungsmöglichkeiten angeboten. So kann es für die Betreuer*innen aus fachlicher Sicht sinnvoll sein, eine geeignete Fortbildung zu besuchen oder auf kollegialer Ebene in einem Reflecting Team, einem Experteninterview, einer Situationsanalyse, Gespräche mit der Einrichtungsleitung oder in den bereits angesprochenen Unterstützerkreisen Beratungsangebote zu nutzen. Um intensiver aufzuarbeiten, posttraumatische Risiken abzuwenden oder an persönlichen Themen zu arbeiten, bieten sich professionelle Beratungsmöglichkeiten wie Supervision, Coaching oder psychologische Betreuung an.

Zusammenfassung

Studienergebnisse von CROCKER et al. (2006), COOPER et al. (2007) u.a. zeigen eine hohe Prävalenz von aggressiven Verhaltensweisen in krisenhaften Phasen bei Menschen mit Intelligenzminderung. Krisen führen bei Menschen mit IM häufig dazu, dass sie in ihrer emotionalen Entwicklung temporär regredieren. Durch die eingeschränkte Funktionalität des präfrontalen Kortex sind Handlungsstrategien und rationale Problembewältigungsstrategien weniger präsent und zugänglich. Menschen mit IM erleben psychische Krisen episodisch als stark bedrohlich. Um bedarfsorientiert agieren zu können, ist eine personenzentrierte und validative Haltung unumgänglich. Hinter herausfordernden Verhaltensweisen im Kontext krisenhafter Phasen ist eine Not nicht wahrgenommen und beseitigt und/oder ein Bedürfnis nicht befriedigt. Krisenhafte Phasen haben häufig einen Auslöser/Trigger als Ursprung. In Folge kann es sein, dass Menschen mit IM in eine Anspannungs- oder Eskalationsphase gleiten, in der ohne erlernte Coping-Strategien eine weiter steigende Arousalreaktion evolutionsbedingt zu einem *Point of no Return* führt. In diesem Fall ist die Amygdala im limbischen System so aktiv, dass die Krise unvermeidlich ist. In der Krise, die sich bei Menschen mit IM häufig durch mehrere Peaks kennzeichnet, sollte keine Pädagogik mit dem Ziel der Kompetenzerweiterung bei den Klient*innen forciert werden. Die Krise sollte, um Traumatisierung oder Retraumatisierung zu vermeiden, schnell beendet oder bestmöglich begleitet werden. Bezogen auf die Haltung ist der Erhalt einer tragfähigen Beziehung zwischen Krisenbegleiter*innen und Klient*innen zentral. Zudem ist die Krise für alle Beteiligten als Entwicklungs-chance und Wandlungsmöglichkeit zu begreifen, die zum Ziel hat, Potenziale zu entfalten. Die folgende Entspannungsphase eignet sich nicht zur Aufarbeitung. Hier ist die Thematik der Krisenfürsorge zentral, während in der Post-Depression der Erholungsfaktor im Fokus liegen sollte. Die Aufarbeitungsphase eignet sich neurophysiologisch am besten, um reflektorisch aufzuarbeiten und präventive Maßnahmen im Betreuungskontext zu implementieren.

Literatur

ABT, V. (2015). Auftragsklärung und Kontrakt. Augsburg: Systemisches Institut.

BARTENSCHLAGER, S., SIEGRIST, V. (2020): Unterstützerkreise in der Heilpädagogischen Tagesstätte Pfaffenhofen a. d. Ilm. Internes Konzept

BECKMANN, F. (2005): Qualitätssicherung und Weiterentwicklung. Deeskalieren in Gewaltsituationen – Tellerrandwissen für SchulmediatorInnen. Abgerufen am 03.04.2020, von https://www.bs-lg.de/wp-content/uploads/2018/07/Deeskalieren_in_Gewaltsituationen.pdf

BERGMANN, F. (2019): Verhaltenstherapie bei jungen Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Weinheim: Beltz.

COOPER, S.-A., SMILEY, E., MORRISON, J., WILLIAMSON , A. & ALLAN, L. (2007): Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. The british journal of psychiatry: the journal of mental science, 190 (1), 27-35. doi: 10.1192/bjp.bp.106.022483

CROCKER, A. G., MERCIER, C., LACHPELLE, Y., BRUNET, A., MORIN, D. & ROY, M.-E. (2006): Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. Journal of intellectual Disability Research, 50 (9), 652-661. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00815.x

FRÖHLICH, N., CASTANEDA, C. & WAIGAND, M. (2019): (K)eine Alternative haben zu herausforderndem Verhalten?! Heigenbrücken: Monika Waigand.

HJELSKOV ELVÈN, B. (2015): Herausforderndes Verhalten vermeiden. Tübingen: DGVT-Verlag

HÄUßLER, A., TUCKERMANN, A. & KIWITT, M. (2014): Praxis TEACCH: Wenn Verhalten zur Herausforderung wird. Dortmund: Borgmann Media.

KOCH, S., RAUCH, P. & SCHANZE, C. (2017): Deeskalation und Krisenmanagement bei Menschen mit Intelligenzminderung. Schwifting: DEKIM GbR (unveröffentlichte Präsentation).

ROGERS, C. R. (1981): Der neue Mensch. Stuttgart: Klett-Cotta.

SAPPOCK, T. & ZEPPERITZ, S. (2018): Das Alter der Gefühle. Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. Bern: Hogrefe Verlag.

SAPPOCK, T. & ZEPPERITZ, S. (2019): Das Alter der Gefühle. Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung (2., überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe Verlag.

SAPPOCK, T. & ZEPPERITZ, S., BARRET, B. F. & DOSEN, A. (2018): SEED Skala Emotionale Entwicklung – Diagnostik. Bern: Hogrefe Verlag.

SCHANZE, C. (2006): Entstehungsbedingungen und Prävention psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie. In K. HENNIKE (Hrsg.), Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger Behinderung - Möglichkeiten der Prävention. Arbeitstagung der DGSGB, Kassel.

SCHWING, R. & FRYSZER, A. (2015): Systemisches Handwerk - Werkzeug für die Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht LLC.

STAATSINSTITUT FÜR SCHULQUALITÄT UND BILDUNGSFORSCHUNG (Hrsg.), (2014): Wenn Schüler mit geistiger Behinderung verhaltensauffällig werden. München: Ernst Reinhardt Verlag.

AUTENRIETH, A., EICHLER, A., SAUER, H. (2014): Aspekte der Beobachtung (A 10a) In: STAATSINSTITUT FÜR SCHULQUALITÄT UND BILDUNGSFORSCHUNG (Hrsg.): Herausforderndes Verhalten –und Herausforderndes Verhalten. https://www.isb.bayern.de/foerderschulen/uebersicht/msd-infobriefe-autismus-spektrum-stoerung/

THEUNISSEN, G. (2016): Positive Verhaltensunterstützung. Eine Arbeitshilfe für den pädagogischen Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Lernschwierigkeiten, geistiger Behinderung und Autismus. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Achtung Explosionsgefahr: Evidenzbasierte Strategien zum Umgang mit eskalierendem Verhalten

Meike Wehmeyer

Einleitung: Herausforderndes Verhalten unter systemischen Gesichtspunkten

Schreien, hauen, treten, kratzen, spucken, Haare ausreißen, ebenso wie weinen, schweigen, sich abwenden, zurückziehen oder selbst verletzen: Menschen verfügen über eine Vielzahl an Möglichkeiten, in krisenhaften Situationen zu agieren und innere Nöte auszudrücken. Auch wenn jede dieser Verhaltensweisen aus systemischer Sicht als Problemlöseversuch aufgefasst werden kann, zieht dasselbe Verhalten doch meist weitere Schwierigkeiten nach sich. Im Unterschied zu internalisierenden Bewältigungsstrategien imponieren für das Umfeld insbesondere externalisierende, mit verbal-, fremd- oder sachaggressivem Verhalten einhergehende Stressreaktionen und belasten das soziale Miteinander oft unmittelbar. Als wünschenswert bzw. „funktional" gelten Strategien, mit denen das eigene Belastungserleben sprachlich konstruktiv zum Ausdruck gebracht, sprich gewaltfrei bzw. kongruent kommuniziert wird (vgl. SATIR, 2010). Doch Hand aufs Herz: selbst Personen ohne sprachliche oder kognitive Beeinträchtigungen können in hitzigen Situationen oft nur begrenzt auf funktionale Konfliktlösestrategien zugreifen und lassen sich nur allzu leicht zu impulsiven, „kopflosen" Reaktionen hinreißen.

Krisenhafte Situationen bergen für sämtliche Beteiligte das Risiko, mit dem eigenen Erleben und Verhalten schwelende Spannungen zu befeuern und explosive Stimmungen anzuheizen. Salopp gesagt: die Fähigkeit zu eskalierendem Verhalten besitzen wir alle. Dies vermag eine typische Frage aus dem systemischen Beratungskoffer zu verdeutlichen: „Mal angenommen, Sie als Heimmitarbeiter wollten einen Wutausbruch bei der Bewohnerin bewusst auslösen: wie genau müssten Sie das anstellen?"

Die Systemtheorie spricht nicht von Problemen, die eine Einzelperson, eine Familie oder ein Helfersystem „hat" (Beispiel: „Sie *hat* eine Depression", „Er *ist* aggressiv"), sondern von problemdeterminierten Systemen, welche über die Zeit eine Eigendynamik entwickelt haben durch die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen bestimmten Verhaltensweisen, subjektiven Wahrnehmungs- und Bewertungsprozessen und damit einhergehenden

Kommunikations- und Interaktionsmustern innerhalb eines sozialen Systems (VON SCHLIPPE & SCHWEITZER, 2013). Eine typische Formulierung systemischer Behandler*innen lautet: *„Die Bewohnerin zeigt Verhalten, welches ihre Betreuer als übergriffig bezeichnen."* Zugrunde liegt dieser Betrachtungsweise der Ansatz des sozialen Konstruktionismus, demnach zumindest psychische und soziale Wirklichkeit weder objektiv gegeben noch als solche von Beobachtern objektiv erfasst und definiert werden kann, sondern innerhalb sozialer Prozesse – durch Interaktion und Kommunikation – erzeugt wird (GERGEN, 2002).

So, wie systemische Therapeut*innen ein seelisches oder Verhaltens-Problem nicht einseitig innerhalb einer Person verorten, sondern als interpersonelles, wechselwirksames Phänomen im Sinne ungünstiger bzw. leiderzeugender Interaktions- und Kommunikationsmuster betrachten, bezieht sich der Begriff „eskalierendes Verhalten" in diesem Beitrag nicht nur auf das Verhalten von Menschen mit Intelligenzminderung (IM), sondern nimmt gleichermaßen das Erleben und Verhalten ihrer Bezugspersonen in den Blick. Genau genommen geht es um Eskalations-*Muster*, an denen sämtliche Interaktionspartner - bewusst oder unbewusst, gewollt oder ungewollt - „mitstricken".

Hintergrund: Das Forschungsprojekt SYMPA-GB

Ein mehrjähriges Praxisforschungsprojekt durch das Uniklinikum Heidelberg in Kooperation mit dem Isar-Amper-Klinikum München Haar (Spezialabteilung für Menschen mit geistiger Behinderung, Autismus und anderen Entwicklungsstörungen)[2] untersuchte im Zeitraum 2015 bis 2018 die Effekte einer 2,5-jährigen systemischen Weiterbildung für Fachkräfte in der Psychiatrie und Behindertenhilfe auf die Häufigkeit aggressiven Verhaltens von Patienten mit IM sowie auf diverse Gesundheitsaspekte der Mitarbeitenden (SYMPA-GB: Systemische Methoden in der Psychiatrischen Akutversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung). Im Unterschied zu den erfolgreichen, allgemein-psychiatrisch verorteten Vorläuferprojekten (SCHWEITZER & NICOLAI, 2010; HAUN et al., 2013) konnten trotz umfassender quantitativer Studien keine signifikanten Effekte im Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollklinik nachgewiesen werden. Dies wurde von Seiten der Studienteilnehmer*innen mit überdauernden intrainstitutionellen Spannungen, andauerndem Fachkräftemangel sowie komplexen Umstrukturierungs-maßnahmen innerhalb der Spezialabteilung erklärt. Außerdem trug die Erhebungsmethodik (vierteljährliche Evaluation zeitgleich mit bzw. ein Jahr nach Abschluss der Weiterbildungsmaßnahme) nicht das Potenzial in sich, längerfristige

[2] Mit finanzieller Unterstützung durch die Heidehofstiftung, Stuttgart

Interventions-Effekte abzubilden, wie es Befunde der Transfer-Forschung nahelegen (NAGY et al., 2019).

Im Fokus: Die SMILE-Studie

Eine aus SYMPA-GB hervorgegangene qualitative Langzeitstudie beschäftigte sich etwas allgemeiner mit der Erforschung von Spannungsfeldern im Zusammenwirken von psychiatrischen Patienten mit IM und deren privaten wie beruflichen Unterstützern aus den Bereichen Familie, Heim, gesetzliche Betreuung, ambulante sowie stationäre Psychiatrie (WEHMEYER, 2020). Drei Fragestellungen waren forschungsleitend:

1 Welche Spannungsfelder werden im Zusammenwirken aller Beteiligten offensichtlich?
2 Wie lässt sich aggressives Verhalten samt krisenhafter Eskalationen vermeiden bzw. bewältigen? Wie wird ein gelingendes Miteinander befördert?
3 Inwiefern entspricht das präventive bzw. interventive Handeln systemischen Theorien und Praktiken?

In vier halbjährlichen Zyklen wurden knapp 200 problemzentrierte Leitfaden-Interviews geführt. Der Fokus lag auf dem Nutzen von angewandten Maßnahmen zur Verhinderung bzw. Bewältigung von Verhaltens-Eskalationen, außerdem wurden Häufigkeit und Qualität der Kooperationen im Multi-Helfersystem über die Zeit exploriert.

Die Stichprobe setzte sich zusammen aus 14 Erwachsenen, diagnostiziert mit IM sowie psychischen Störungen, sowie Personen aus deren Helferkontext. Alle Befragten mit IM lebten in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Kontakte zur Familie bestanden bei den meisten, die gesetzliche Betreuung lag mehrheitlich bei den Angehörigen. Sämtliche Betroffenen wurden überdauernd von der psychiatrischen Institutsambulanz betreut und waren in der Vergangenheit, meist mehrfach und oft nach aggressiven Vorfällen, stationär psychiatrisch behandelt worden. Die Gruppe der Helfer umfasste 17 Angehörige, 3 Berufsbetreuer, 23 Heimbetreuer*innen, 4 Ambulanz-ärzte*innen und 6 Mitarbeitende des stationär-psychiatrischen Teams (v.a. Bezugspflegekräfte). 100% der Klinik- und 43% der Heim- und Klinikmitarbeiter waren SYMPA-geschult.

Das Datenmaterial (ca. 125 h gesprochener Text) wurden zu großen Teilen verbatim transkribiert und im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse (MAYRING, 2015) in ein dreistufiges Kategoriensystem überführt. Auf der untersten Ebene wurden 43 Strategien ermittelt, die aus Sicht der Interviewten nützlich sind, um eskalierende Verhaltensmuster zu verhindern bzw. zu

bewältigen. Die Strategien ließen sich zu elf Oberkategorien und diese wiederum zu drei Hauptkategorien gruppieren:

1 Präventiv-Strategien für die Interaktion zwischen einem Helfer/einer Helferin und einer Person mit IM (n=16): 1. Haltung, 2. Kontakt, 3. Kommunikation, 4.Kontext
2 Präventiv-Strategien für die Kooperation im Multi-Helfersystem (n=14): 5. Haltung, 6. Kontakt, 7. Kommunikation, 8. Kontext
3 Interventions-Strategien im Kontext einer krisenhaften Situation (n=13): 9. Eskalation vermeiden, 10. Eskalation abschwächen, 11. Eskalation aufarbeiten

In einem weiteren Auswertungsschritt wurden Bezüge zwischen den ermittelten Strategien und systemischen Konzepten hergestellt. Es zeigte sich, dass die Befunde – schwerpunktmäßig in den Oberkategorien „Haltung“ und „Kommunikation“ – die Relevanz zentraler systemischer Theorien und Praktiken untermauerten (WEHMEYER et al., 2020). Die Strategiesammlung erhielt den Titel SMILE: *„Systemisch-inspirierte Methoden für die Interaktion und die Lösung von Eskalationsmustern“.*

Mehrstufige Analysen zur Interrater-Reliabilität ergaben eine hohe Zuverlässigkeit der Ergebnisse, Cohen’s Kappa lag je nach Kategorienebene zwischen K= .79 und K= .90. Detaillierte Analysen hinsichtlich der Konstrukt-, Experten- und kommunikativen Validität belegten eine hohe Gültigkeit der Ergebnisse. Beispielsweise konnte eine inhaltliche Übereinstimmung zwischen einzelnen Strategien und bestehenden pädagogischen Konzepten festgestellt werden, darunter Personzentriertes Denken (PÖRTNER, 2000), Positive Verhaltensunterstützung (THEUNISSEN, 2016), Skala der emotionalen Entwicklung (SAPPOK & ZEPPERITZ, 2016) und Professionelles Deeskalations-management (WESULS et al., 2005). Im Hinblick auf die konzeptionelle Ausrichtung und Ausgestaltung der Zusammenarbeit im Multi-Helfersystem (Hauptkategorie B) stellt die Strategiesammlung SMILE eine bedeutsame Erweiterung bestehender Umgangskonzepte für Erwachsene mit IM und psychischen Störungen dar.

Strategien zum Umgang mit eskalierendem Verhalten

Der folgende Auszug präsentiert gemäß dem Schwerpunkt dieses Bandes diejenigen Strategien, deren Einsatz im Zusammenhang mit einer konkret krisenhaften Situation empfohlen wird (Hauptkategorie C). Während die drei Oberkategorien (Eskalation abwenden, Eskalation abschwächen, Eskalation aufarbeiten) eine chronologische Abfolge widerspiegeln, konnte innerhalb der Oberkategorien keine übereinstimmende Reihenfolge im Einsatz von Strategien ausgemacht werden.

Eskalation abwenden

Diese Oberkategorie erfasst diejenigen Strategien, die zum Einsatz kommen, wenn sich eine konflikthafte Situation abzuzeichnen beginnt, ohne dass körperliche Übergriffe, Verletzungen oder Sachschäden unmittelbar befürchtet werden.

„Gelassen in Alarmbereitschaft." – Verhalten beobachten und Ruhe bewahren

> *„Da ist ein entspannterer Umgang entstanden. Und je gelassener das Umfeld ist, umso besser kann man mit Schwankungen umgehen und die dadurch klein halten. Gerade in der angespannten Zeit zuvor war so ein Druck bei den Mitarbeitern nach dem Motto: ‚Schon wieder, schon wieder… Was machen wir denn jetzt? Es muss was passieren! Das geht so nicht weiter!!' Jetzt heißt es eher: ‚Der Bewohner war zwar zwei Tage ein bisschen jammernd, aber das ist jetzt schon wieder vorbei.' Also nicht jeder Pieps, den der Bewohner tut, schwillt in den Köpfen der Mitarbeiter zu einem Horrorszenario an." (Heimmitarbeiter)*

Achtsames Handeln erhöht die Chance, eine Krise rechtzeitig abzufangen. Dafür beobachten Helfer eine Person mit Assistenzbedarf aufmerksam im Hinblick auf ganzkörperliche, mimische oder stimmliche Veränderungen bzw. Anspannungen, wobei ihnen ein längerer Erfahrungsprozess zugutekommt. In Alarmbereitschaft zu sein, bedeutet nicht, sich von der wahrgenommenen Erregung des anderen anstecken zu lassen – im Gegenteil üben sich Helfer darin, ruhig zu bleiben und mit Bedacht zu reagieren. Dazu reflektieren sie die Sinnhaftigkeit und Problematik des gezeigten Verhaltens und prüfen, welche Art der Reaktion in der jeweiligen Situation nützlich ist. (Selbst-)Reflexive Überlegungen unterstützen Helfer dabei, sich nicht zu eskalierenden Reaktionen hinreißen zu lassen, sondern dem wahrgenommenen Problem mit einer angemessenen Portion Gelassenheit zu begegnen. Besonnenes Handeln gelingt auch dadurch, dass Helfer ein als herausfordernd eingeschätztes Verhalten nicht als persönliche Provokation auffassen, sondern im Kontext von Entwicklungseinschränkungen bzw. psychischen Störungen erklärbar machen.

> *„Also, es macht meinem Bruder ja durchaus Spaß, die Wand in seinem Zimmer mit einem Stift zu bekritzeln. Und als die Ambulanzärztin kam, ist die darauf eingegangen und hat die Wand gleich mit angemalt. Das finde ich menschlich und gar nicht tragisch - es ist ja schließlich auch sein Zimmer. Also: Ich hab damit kein Problem." (Schwester)*

„Was ist denn los?" – Zustand gemeinsam reflektieren

> *„Wenn ich ein Problem habe, gehe ich zum Betreuer und sage: ‚Hey, ich habe Probleme.' Manchmal komme ich nicht zum Betreuer hin, manchmal traue ich mich nicht. Aber ich MUSS das sagen, sonst kommt der Kopf nicht zur Ruhe, das ist nicht gut." (Bewohnerin)*

Auch wenn Aufregung und Hektik in herausfordernden Situationen zunehmen, bewährt es sich für die Beteiligten, einen Moment innezuhalten und sich des momentanen Zustands gewahr zu werden. Helfer unterstützen ihr Gegenüber durch geeignete Fragen, durch aufmerksames Zuhören und den Einsatz kommunikativer Hilfen dabei, eigene Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen und auszudrücken. Zudem verdeutlichen Helfer in einfachen Worten die eigene Problemsicht. Das Bewusstwerden und Verbalisieren der eigenen Befindlichkeit minimiert die Gefahr, kopflos zu agieren, und bahnt den Weg dafür, die nächsten Schritte bedürfnisorientiert zu planen.

„Ich hätte da noch was…" – Einsatz eines Bedarfsmedikaments prüfen

> *„In bestimmten Situationen bringt Tavor Entspannung und mehr Gelassenheit. Dann wird es für alle Beteiligten wieder angenehmer: für die Bewohnerin, weil sie nicht so unter Stress steht, und für uns, weil wir auch nicht mehr so unter Stress stehen, als wenn sie nur schimpft und schreit. Manchmal hält es einen Tag lang. Aber ein andermal kann sie drei Tabletten schlucken, und man denkt sich: Wo sind die jetzt hin? Hab ich die etwa im Klo runtergespült?!" (Heimmitarbeiterin)*

Helfer betrachten ein Bedarfsmedikament als ‚Strategie zweiter Wahl' und setzen es erst dann ein, wenn pädagogische Maßnahmen nicht zufriedenstellend greifen. Es zeigt sich, dass selbst bei langjähriger Erfahrung die Wirkung eines Bedarfsmedikaments im Einzelfall nicht immer zuverlässig vorhergesagt werden kann. Hinsichtlich des Zeitpunkts der Verabreichung gilt das Motto: lieber zu früh als zu spät. Bei der Medikamentengabe sind Helfer bemüht, die Bereitschaft der betreffenden Person zu erwirken, eine Verabreichung gegen deren Willen wird von den Interviewpartnern abgelehnt. Die Wahl des passenden Medikaments wird dadurch erschwert, dass Personen mit IM die Ursache ihres Unbehagens oft nicht zu eruieren oder auszudrücken vermögen. Liegt der Verdacht auf eine körperliche Schmerzsymptomatik nahe, sollte die Gabe eines Schmerzmittels geprüft werden.

„Safety first." – Vorbereitungen treffen und Unterstützung akquirieren

> *„Auffällig ist, dass die aggressiven Übergriffe vor allem und besonders heftig gegenüber den Leuten vorkommen, die Angst vor ihm haben und den Kontakt zu ihm meiden. Bei Leuten, die offen auf ihn zugehen, ist die Wahrscheinlichkeit und Intensität von Übergriffen geringer. Natürlich spürt er, wenn ihm jemand aus dem Weg geht, wenn man keine Aktivitäten mit ihm machen möchte oder versucht, ihn zu meiden. Aber auch, wenn man ihm ausreichend auf die Pelle rückt, seinen Distanzbereich quasi überschreitet, kann man damit einen Übergriff provozieren." (Heimmitarbeiter)*

In der Begegnung mit einer Person, deren Verhalten als sehr herausfordernd bewertet wird, bewährt es sich, gut vorbereitet zu sein. Dazu gehört, sein Gegenüber im Blick zu behalten (und ihm keinesfalls den Rücken zuzukehren), eine aufrechte Körperhaltung einzunehmen und einen angemessenen Abstand

zu wahren, ohne den Kontakt komplett zu meiden. Eskalationsförderliche Reize wie Brille oder Schal sollten entfernt und der situative Kontext an die momentanen Gegebenheiten angepasst werden (z. B. Rückzug von Mitbewohnern). Eine personelle Unterstützung dient Helfern zur Sicherheit und Angstreduktion, hier unterstützen sich Angehörige untereinander ebenso wie Kolleg*innen von Stations- oder Wohngruppenteams. Im Einzelfall orientiert sich das Vorgehen an einem bereits ausgearbeiteten Krisenplan.

Eskalation abschwächen

Diese Oberkategorie erfasst diejenigen Strategien, die zum Einsatz kommen, wenn sich die Situation so gefährlich zuspitzt, dass Sachschäden, Fremd- oder Selbstverletzungen zu befürchten sind.

„Aus dem Weg!“ – Rückzugsmöglichkeit schaffen

> *„Wenn die Bewohnerin eh schon auf 180 ist, dann lassen wir sie erst mal runterkommen in ihrem Zimmer. Da muss man auch gar keine Tür zusperren, da geht sie bereitwillig hin. Und wenn sie einigermaßen ruhig ist, so nach 15 Minuten oft, reden wir noch mal drüber.“ (Heimmitarbeiterin)*

Lädt sich die Situation weiter auf und wirkt das Verhalten zunehmend bedrohlicher, raten die Befragten, Personen mit IM ebenso wie Helfer, die Eskalationsspirale durch Rückzug zu unterbrechen. Eine kurze Auszeit, den Interviewpartnern nach oft nur 15 bis 30 Minuten, ermöglicht es den erhitzten Gemütern, sich zu beruhigen und zu entspannen, bevor angemessen über den Vorfall gesprochen werden kann. Personen, die ein starkes Maß an Erregung erkennen lassen, sollten indes nicht alleine gelassen, sondern weiter eng begleitet werden, bevorzugt im 1:1-Setting.

> *„Bei extremer Anspannung muss man die ganze Zeit bei ihr bleiben: ganz nah und präsent sein. Man darf die Bewohnerin nicht hängen lassen und auch nicht auf ihr Zimmer schicken, sonst zerlegt sie dort alles. Nicht aus Spaß oder weil sie uns ärgern will, sondern weil bei ihr gerade etwas nicht stimmt und in ihr wahrscheinlich ein Wirbelsturm tobt. Und obwohl sie immer wieder versucht hat, nach mir zu schlagen, wollte sie, dass ich da bin: ‚Setz dich zu mir, bleib bei mir‘, das hat sie selbst gesagt. Und so ging das dann auch.“ (Heimmitarbeiterin)*

„Entspann‘ dich.“ – Beruhigungstechniken anwenden

> *„Was ich auch ganz gern tue, ist schreien. Schreien tu ich gern, weinen und so. Wenn ich alles rauslasse, geht’s mir einfach besser. Mir geht’s besser - es ist wichtig, dass es mir gut tut. Anderen muss es nicht gut tun.“ (Bewohnerin)*

Bei bedrohlichen oder gewalttätigen Verhaltens-Eskalationen ist das körperliche Erregungsniveau auf allen Seiten hoch. Um das Stresslevel zu regulieren, kommen angeleitete oder selbst initiierte Beruhigungsstrategien zum Einsatz. Dabei handelt es sich meist nicht um ausgeklügelte

Stressregulationsprogramme, sondern um personenspezifische Aktivitäten mit entspannender Wirkung. Genannt werden unter anderem Musikhören, Baden, Spazierengehen und Atemtechniken. Auch ein körperliches Ausagieren über Schreien, Treten oder Boxen im sog. weichen Zimmer bzw. Time-Out-Raum kann gegebenenfalls nützlich sein, um die innere Anspannung – zumindest kurzfristig – unter kontrollierten Bedingungen zu lösen. Helfer profitieren in stark aufgeheizten Situationen ebenso von Strategien zur Selbstberuhigung.

> *„Die Bewohnerin hat immer noch so abrupte Stimmungsschwankungen, so von jetzt auf gleich, wo sie plötzlich weint und auch immer wieder versucht, nach mir zu schlagen oder mir ganz fest die Hand zu drücken. (…) Dann soll sie sich aufs Sofa legen und ich sitze in gewissem Abstand zu ihr. Ich bin da und präsent, unterhalte mich auch mit ihr. (…) Und so kommen wir in der Regel eigentlich immer ganz gut runter. Wir sage ich deswegen, weil ich mich in dem Moment ja auch ganz bewusst entspannen muss, denn wenn die Bewohnerin merkt, dass ich am Aufbrausen bin oder mir denke: ‚Oh Gott, oh Gott, was passiert jetzt gleich?!', dann fördere ich eine Eskalation natürlich. Es ist eine Anspannungsphase auch für mich, absolut." (Heimmitarbeiterin)*

„Notfalls ruhigstellen." – Freiheitseinschränkende Maßnahmen ergreifen

> *Wichtig sei gewesen, nach einem Vorfall sehr bestimmt aufzutreten: erst die Hände des Patienten festzuhalten mit der Aufforderung: ‚Hör auf jetzt!' und dann eine klare Anweisung zu erteilen: ‚Leg dich hin!' Das habe der Patient bereits aus dem Heim gekannt: Wenn er angefangen hatte zu schlagen, sollte er sich im Anschluss auf den Boden legen und seine Arme entlang des Körpers ausstrecken. Das habe in der Tat recht gut funktioniert. Danach sei er als Mitarbeiter eine Weile in der Nähe geblieben und habe kurz darauf wieder Kontakt zum Patienten aufnehmen können: ‚Geht's jetzt wieder?' Sobald der Patient dies bestätigte, habe er wieder aufstehen dürfen. (Krankenpfleger)*

Sehen Helfer keinen anderen Ausweg aus Eskalationsspiralen, greifen sie zu freiheitseinschränkenden bzw. freiheitsentziehenden Maßnahmen, um sowohl die massiv erregte Person als auch deren Umfeld vor Verletzungen zu schützen. Genannt wir der Einsatz von Schutzausrüstung (gepolsterter Helm, Fäustlinge) und professionellen, in spezifischen Fortbildungen erlernten Haltegriffen. Im Extremfall wird die Bewegungsfreiheit durch Zimmereinschluss und Fixierungsmaßnahmen entzogen. Der Einsatz derartiger Maßnahmen wird ausnahmslos kritisch betrachtet und in jedem Fall nachrangig eingesetzt.[3]

[3] Freiheitsentziehende Maßnahmen stellen einen massiven Eingriff in das Grundrecht auf Handlungsfreiheit dar, bedürfen einer richterlichen Genehmigung und können, sofern kein ausreichender Rechtfertigungsgrund vorliegt, zivil- oder strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Neben allen Bedenken und Einwänden gelten in Deutschland Maßnahmen sozialer Kontrolle dennoch als wichtiger und im Einzelfall unverzichtbarer Bestandteil psychiatrischer Versorgung (BOCK & KLUGE, 2017).

Ohne Umschweife beginnt der Bewohner zu berichten, dass es ihm derzeit gar nicht gut gehe: dass er viel kaputt mache, statt brav zu sein. Dabei seien in letzter Zeit eine Tasse, eine Fensterscheibe und eine Tür zu Bruch gegangen. Mit Nachdruck wiederholt er mehrmals, dass er doch eigentlich gar keine Scheiße bauen wolle. Und schon gar nicht wolle er gefesselt oder eingeschlossen werden. (Bewohner)

Eskalation aufarbeiten

Diese Oberkategorie bildet sämtliche Strategien ab, die nach einem fremd-, selbst- oder sachaggressiven Vorfall eingesetzt werden, um das Geschehene verstehbar und ähnliche Vorkommnisse in Zukunft vermeidbar zu machen.

„Lass uns reden." – Mit der Person über den Vorfall sprechen

„Man muss passend mit ihm reden, dass er darauf eingehen mag. Es nützt nichts, dass man ihn schimpft oder zwingt. Sondern dass man selbst sagt, was gerade war, und dann probiert, ob er dazu etwas äußert. Also nicht fragen, sondern für sich wiederholen, wo man selbst gerade steht und was man erlebt hat. Wenn man ein bisschen wie zu sich selbst spricht, was man gerade empfindet, dann ist das oft leichter für denjenigen, als wenn ich ihn direkt anschaue und konfrontiere." (Mutter)

Wenn sich die Gemüter aller Beteiligten nach einem krisenhaften Vorfall wieder beruhigt haben, kann ein Nachgespräch, möglichst in vertraulicher Runde, erfolgen. Abhängig von den kognitiven bzw. sprachlichen Fähigkeiten werden im Gespräch die Auslöser der Krise sowie das Befinden der Beteiligten erörtert und Vereinbarungen für das weitere Vorgehen getroffen. Helfer achten auf eine konstruktive Gesprächsführung durch verständnisvolles, akzeptierendes Zuhören und eine Wertschätzung konstruktiver Problemlöseversuche. Subjektive Einschätzungen des Problems sollten, auch wenn sie nicht mit den eigenen Ansichten übereinstimmen, nicht in Frage gestellt werden, um die Gefahr erneuter Eskalationen zu bannen. Mit einer Versöhnungsgeste oder –floskel kann das Gespräch beschlossen und eine getroffene Vereinbarung besiegelt werden. Es wird dringend davon abgeraten, den Vorfall zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal in nachtragender oder konfrontativer Weise aufzurollen.

„Hilfreich ist, die Bewohnerin erst einmal zu fragen, was los war – was das Problem in ihren Augen war. Dabei gilt es, ruhig zu bleiben, sie zu Wort kommen zu lassen und sie ernst zu nehmen. Dann fängt die Bewohnerin an zu erzählen und entspannt sich sichtlich. Manchmal muss gar keine Lösung gefunden werden, es reicht allein das Zuhören." (Heimmitarbeiterin)

„Das hat Folgen!" – Einsatz von Konsequenzen prüfen

„Die Reaktion auf einen Vorfall, wenn die Bewohnerin gerade etwas kaputt gemacht hat, ist eigentlich gleich Null, ohne Mordsaufruhr. Wir nehmen das hin – ist halt so. Das tut ihr, glaube ich, gut. Weil keine Bestrafung erfolgt. Denn sie

macht das ja jetzt nicht absichtlich oder dass sie uns ärgern möchte. Das ist halt einfach so eine innere Anspannung." (Heimmitarbeiterin)

Störverhalten zieht Folgen nach sich. Empfohlen werden dem Entwicklungsstand angemessene Konsequenzen, mit denen eine Person ihr Fehlverhalten wiedergutmachen und sich gleichzeitig prosozial verhalten kann. Der absichtsvolle Einsatz von Sanktionen bzw. Bestrafungen wird kritisch betrachtet, da er weitere Verhaltensprobleme begünstigt. Außerdem bewerten Helfer Sanktionen als wirkungslos, solange eine Person entwicklungs- oder störungsbedingt nicht in der Lage ist, ihr Verhalten zu ändern oder den Zusammenhang zwischen ihrem Verhalten und einer pädagogischen Konsequenz zu begreifen.

„Und was meint ihr?" Vorfall im Helfersystem reflektieren

„Solche Vorfälle werden in der Teambesprechung aufgegriffen. Dann kann man darüber reden, was man hätte anders machen können, oder ob es so, wie wir es gemacht haben, genau richtig war. Das ist ganz wichtig, solche Vorfälle im Team zu besprechen und zu klären: Wie gehen wir in Zukunft damit um?" (Heimmitarbeiterin)

Über gravierende Vorfälle werden auch die nicht unmittelbar beteiligten Helfersysteme (Familie, gesetzlicher Betreuer, Ambulanz, Heim) in Kenntnis gesetzt. Dabei sollten Informanten besonnen handeln: das Geschehene möglichst in sachlicher, nicht-wertender Weise wiedergeben und darauf achten, zusätzliche Aufregung, die durch missverständliche oder dramatisierende Formulierungen begünstigt wird, zu vermeiden. Im Gespräch explorieren Helfer – je nach Einschränkungen mit oder ohne Beteiligung der betreffenden Person – die Hintergründe des Vorfalls und stimmen das weitere Vorgehen ab. Oftmals wird dabei auch ein Krisenplan entwickelt, der das Vorgehen bei zukünftigen Vorfällen regelt.

„Das geht auch anders." Kontext anpassen

„Sie hatte im ersten Heim so viele Freiheiten: Sie konnte nach draußen gehen, einkaufen gehen und machen, was sie wollte. Jetzt ist sie geschlossen untergebracht, aber das scheint wunderbar zu funktionieren, denn seitdem haben wir sie hier nicht mehr gesehen. Offensichtlich hatten sie die Freiräume in der damaligen Einrichtung überfordert." (Krankenschwester)

Überwundene Krisen laden Helfer dazu ein, Kontextfaktoren, die eine Verhaltenseskalation mutmaßlich begünstigt haben, anzupassen. Das können verfügbare Objekte bzw. Materialien, alltägliche Strukturen, zeitliche Abläufe oder räumliche Gegebenheiten sein. Im Einzelfall wird der Wechsel in eine andere Wohnform überdacht. Mit Kontextanpassungen verfolgen Helfer die Absicht, zukünftige Verhaltenseskalationen zu verhindern. Mittelfristig sollte geprüft werden, ob Einschränkungen, welche mit einer Begrenzung

individueller Freiheitsgrade und Entwicklungsräume einhergehen, wieder gelockert werden können.

> *„Das ist nach wie vor so: wenn der Bewohner freien Zugang zum Telefon hat, dann klemmt er sich einfach dahinter. Da hat die Gruppe die Regel getroffen, dass das Telefon nur für ein oder zwei Stunden pro Tag offen ist - nicht dauerhaft, die werden das sicher irgendwann wieder anpassen. Auf Stein gemeißelt ist hier gar nichts. Das ist auch gut, weil es dadurch immer wieder neue Chancen gibt." (Heimmitarbeiterin)*

„Muss es ein bisschen mehr sein?" – Ambulante Maßnahmen einleiten oder intensivieren

> *„Jedes Ereignis, wo die Patientin in der Lage ist, auf sich selbst zu achten, ist Gold wert, weil das das Gegenteil ist von Sich-selbst-schädigen. Wie so eine Waagschale, wo jeder Moment, wo das glückt, ein Steinchen in die positive Schale fällt. Und - irgendwann mal - kriegt die ein Gewicht. Daran arbeiten wir mit dem Wohnumfeld, seit ich die Patientin kenne." (Ambulanzärztin)*

Ambulante Therapieangebote erübrigen in vielen Fällen eine stationäre Einweisung und werden einer Klinikaufnahme in der Regel vorgezogen. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bieten telefonische Sprechstunden an und stehen im Rahmen von (aufsuchenden) Visiten für persönliche Gespräche mit Patienten und anderen Helfersystemen bereit, auch eine medikamentöse Behandlung erfolgt in der Regel über die fachärztliche Disziplin. Die Befragten wenden kritisch ein, dass das Angebot an niedergelassenen Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, die mit der Behandlung von Personen mit IM vertraut sind, begrenzt ist. Manche Heime verfügen über einen trägereigenen psychologischen Fachdienst; psychiatrische Spezialabteilungen über eine Institutsambulanz. Neben gesprächspsychotherapeutischen bzw. pharmakologischen Ansätzen können sich auch nichtsprachliche bzw. körperorientierte Methoden (wie Basale Stimulation, Snoezelen oder Psychomotorik) stabilisierend auf das psychische Wohlbefinden auswirken. Die Interviewpartner geben zu bedenken, dass eine Psychotherapie die Bereitschaft des Patienten voraussetzt und sich nicht erzwingen lässt.

„Alarmstufe Rot." – Stationäre Maßnahme abstimmen und einleiten

> *„Die [Akut-]Einweisung ist schlecht gelaufen, weil die Absprache nicht gut war. Rückwirkend betrachtet hätte es eine deutlich bessere Kommunikation gebraucht, und zwar mit allen Beteiligten. Und auch nicht nacheinander, sondern miteinander. Da hätte man sich mit dem Bewohner, dem Therapeuten, dem gesetzlichen Betreuer, mit uns aus der Tagesbetreuung und mit Vertretern aus der Wohngruppe an einen Tisch setzen müssen, um zu klären: Wo wollen wir denn hin?" (Heimmitarbeiterin)*

Eine stationär-psychiatrische Behandlung steht im Raum, wenn alle anderen Maßnahmen mit unbefriedigendem Erfolg ausgeschöpft wurden. Die befragten

Unterstützer empfehlen, eine Klinikeinweisung im Multi-Helfersystem gemeinsam abzuwägen und zu planen, im besten Falle in Verbindung mit einer sorgfältigen Auftragsklärung, an der auch die Angehörigen sowie der gesetzliche Betreuer beteiligt werden. Von einer Notaufnahme raten die Helfer aufgrund der zusätzlichen Aufregung ab.

Tabelle 1: Übersicht: Handlungsstrategien in akut-krisenhaften Situationen[4]

Eskalation abwenden	• *Ich beobachte dich genau und achte auf Krisenanzeichen. Aber ich bleibe gelassen und dramatisiere die Situation nicht.* • *Ich überlege, was gerade bei dir und bei mir los ist, und spreche mit dir darüber. Aber nur, wenn du nicht zu aufgeregt bist.* • *Ich biete dir ein Bedarfsmedikament an. Aber ich zögere die Entscheidung nicht zu lange hinaus.* • *Ich behalte dich im Blick und wahre genügend Abstand. Aber ich gehe dir nicht komplett aus dem Weg.*
Eskalation abschwächen	• *Ich schaffe Rückzugsmöglichkeiten für dich oder für mich. Aber bei extremer Anspannung bleibe ich in deiner Nähe.* • *Ich biete dir Beruhigungstechniken an. Aber manchmal muss mich auch selbst beruhigen.* • *Ich schütze dich und dein Umfeld im Notfall mittels Festhalten, Schutzbekleidung oder Fixierung. Aber ein gewaltsamer Freiheitsentzug ist für uns alle belastend.*
Eskalation aufarbeiten	• *Ich spreche mit dir über den Vorfall. Aber erst, wenn wir uns beide beruhigt haben.* • *Ich prüfe, welche Konsequenzen dein Verhalten haben soll. Aber ich setze keine sinnlosen Bestrafungen ein.* • *Ich reflektiere den Vorfall mit anderen Helfern. Aber ich bleibe sachlich und verbreite keine Panikstimmung.* • *Wir passen Umgangsweisen und Rahmenbedingungen an. Aber wir denken daran, Einschränkungen ggf. wieder zu lockern.* • *Wir organisieren bzw. intensivieren ambulante Maßnahmen. Aber therapeutische Angebote sind rar und erfordern deine Bereitschaft.* • *Wenn das alles nicht hilft, veranlassen wir eine Klinik-Einweisung. Aber nicht im Alleingang und mit guter Absprache.*

Kritisch abzuwägen ist ein Klinikaufenthalt bei Patienten mit Autismus-Spektrum-Störungen, ist er doch mit vielzähligen Abweichungen von routinierten Abläufen und Strukturen verbunden. Auch bei Patienten, die vorrangig Erholung und Abwechslung suchen (Motiv: „Tapetenwechsel“) oder Einweisungsanliegen, die dem Eindruck nach allein der Konfliktvermeidung im

[4] Die Versprachlichung in der 1. bzw. 2. Person wurde gewählt, um eine von Beziehungskontext und Geschlecht losgelöste Darstellung zu erreichen.

Heim oder in der Familie geschuldet sind (Motiv: „Zuflucht“), sollte eine Aufnahme zumindest kritisch reflektiert werden. Stehen Helfer einem stationären Aufenthalt in der Psychiatrie aufgrund schlechter Vorerfahrungen skeptisch bis abweisend gegenüber, tragen Akzeptanz, Transparenz und eine Kooperation auf Augenhöhe wesentlich zum Gelingen der Maßnahme bei.

Das Ziel einer stationären Behandlung besteht in einer psychischen Stabilisierung. Gleichzeitig profitiert laut Studienteilnehmer oft nicht nur der Patient von einer solchen Maßnahme, sondern auch das soziale Umfeld dadurch, dass dysfunktionale Interaktionsmuster durchbrochen und alternative Strategien für ein gelingendes Miteinander eruiert werden. Am Ende des Klinikaufenthalts wird ein ausführliches Enlassgespräch mit sämtlichen Helfersystemen empfohlen, um die Umsetzung therapeutischer Maßnahmen in den familiären und Heimkontext zu prüfen und zu planen.

Für eine Übersicht bzgl. der dargestellten 13 Strategien zur Bewältigung krisenhafter Situationen siehe Tabelle 1.

Fazit

Die in diesem Beitrag präsentierten Strategien, die von Menschen mit IM sowie deren Unterstützern zur Bewältigung akut-krisenhafter Situationen eingesetzt werden, stellen einen Auszug aus den Befunden einer qualitativen Langzeitstudie dar, welche aus dem Praxisforschungsprojekt SYMPA-GB (Systemtherapeutische Methoden für die psychiatrische Akutversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung) hervorgegangen ist. Die Studie verfolgte das Ziel, Wege zur Überwindung von Spannungsfeldern zwischen Familie, Heim und Psychiatrie durch eine Analyse von Kooperationsstrategien zu erforschen und Verbindungen zu systemtherapeutischen Konzepten herzustellen. Die ermittelte Strategiesammlung erhielt die Bezeichnung SMILE: Systemisch-inspirierte Methoden für die Interaktion und Lösung von Eskalationsmustern.

SMILE bündelt langjährig erprobtes Praxiswissen sowohl von Helfern als auch von Betroffenen

(1) unter gleichwertiger Berücksichtigung unterschiedlicher fachlicher wie lebensweltlicher Expertisen,

(2) unabhängig von Diagnosen bzw. Störungsbildern und

(3) nicht eingegrenzt auf spezifische pädagogische Konzepte.

SMILE besitzt keine Exklusivrechte, denn gängige Umgangs- und Krisenkonzepte für Menschen mit IM spiegeln sich insbesondere in den Strategien zur dyadischen Interaktion zwischen Patient*in und Helfer*in an verschiedenen Stellen wider.

Neuartig an SMILE ist die Erweiterung des methodischen Knowhows für die Zusammenarbeit im Multi-Helfersystem an den Schnittstellen zwischen Familie,

Heim und Psychiatrie. Bezogen auf den Umgang mit Krisen sind die dargelegten Maßnahmen zur Vernetzung im Multi-Helfersystem beim Erstellen von Krisenplänen sowie der sorgfältigen Abstimmung zwischen den Akteuren vor der Einleitung einer stationären Maßnahme von besonderem Wert. Die Bedeutung einer präzisen Anliegen- und Auftragsklärung für das Gelingen einer psychiatrischen Behandlung – zentrales Ansinnen systemischer Behandler – wird mit den dargelegten Befunden gestützt.

Die ermittelten Strategien illustrieren das Potenzial sämtlicher Interaktionspartner, eskalierende Prozesse günstig zu beeinflussen, und unterstreichen die systemische Haltung, herausforderndes Verhalten nicht als individuelles, sondern als zirkulär-wechselwirksames Phänomen zu verstehen. Gemäß dem sozialen Konstruktionismus sind laut SMILE gerade zu Beginn einer potenziell krisenhaften Situation (selbst-)reflexive Überlegungen zum Erzeugen von Problemen sinnvoll. Helfer tun offensichtlich gut daran, eigene Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse als auch die Versprachlichung des Erlebten zu hinterfragen und ihr Handeln zunächst gedanklich auf seine Wirkweise bzw. seinen Nutzen hin zu explorieren, bevor sie sich zu überstürzten und womöglich dysfunktionalen Reaktionen hinreißen lassen.

Vorstellbar ist, dass das SMILE-Konzept sowohl in Fallreflexionen wie auch in (systemischen) Weiterbildungen im Bereich IM Anwendung findet. Die aus der kollektiven Praxis entwickelte Methodensammlung lädt Patienten wie Bezugspersonen dazu ein, die Stellschrauben für ein gelingendes Miteinander zu überdenken und das eigene wie auch kollektive Handlungsspektrum bei Problemen oder Krisen durch das Erproben bisher nicht eingesetzter Strategien zu erweitern – gemäß dem Imperativ systemischen Denkens und Handelns: *„Handle stets so, dass du die Anzahl der Möglichkeiten vergrößerst.“* (VON FOERSTER 1988, in VON SCHLIPPE & SCHWEITZER 2013, 200f)

Literatur

GAESE, F.; WEHMEYER, M. (2019): Systemische Therapie. In: Sappok, Tanja (Hrsg.). Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung - Ein Lehrbuch für die Praxis. Kohlhammer, Stuttgart (S. 387-391)

GERGEN, K. (2002): Konstruierte Wirklichkeiten. Eine Hinführung zum sozialen Konstruktionismus. Kohlhammer, Stuttgart.

HAUN, M. W., KORDY, H., OCHS, M., ZWACK, J., SCHWEITZER, J. (2013): Family systems psychiatry in an acute in-patient setting: The implementation and sustainability 5 years after its introduction. Journal of Family Therapy 35, 159-175. doi: 10.1111/j.1467-6427.2012.00586.x

MAYRING, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. (12. Aufl.). Beltz, Weinheim.

NAGY, E.; WEHMEYER, M.; GAESE; F.; NICOLAI, E.; SCHWEITZER-ROTHERS, J. (2019): Development of a Direct Aggression and Restriction Observation Checklist (AROC) for Routine Observation in Residential and Inpatient Services for Adults with Intellectual Disabilities. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities 12, 71-93. doi:10.1080/19315864.2019.1595232

PÖRTNER, M. (2000): Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Ein personzentriertes Alltagskonzept für den Umgang mit psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Materialien der DGSGB, Band 2. Eigenverlag, Berlin

SAPPOK, T.; ZEPPERITZ, S. (2016): Das Alter der Gefühle: Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. Hogrefe, Göttingen

SATIR, V. (2010): Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz. Konzepte und Perspektiven familien-therapeutischer Praxis. (8. Aufl.). Junfermann, Paderborn

SCHLIPPE, A. VON; SCHWEITZER, J. (2013): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen (2. Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

SCHWEITZER, J.; NICOLAI, E. (2010): SYMPAthische Psychiatrie. Handbuch systemisch-familien-orientierter Arbeit. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

THEUNISSEN, G. (2016**):** Positive Verhaltensunterstützung. Eine Arbeitshilfe für den pädagogischen Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Lernschwierigkeiten, geistiger Behinderung und autistischen Störungen. (5. Aufl.). Lebenshilfe -Verlag, Marburg

WEHMEYER, M. (2020): Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Störung: Qualitative Studie zur Überwindung von Spannungsfeldern zwischen Familie, Heim und Psychiatrie. Dissertation zur Erlangung des Dr. sc. hum. an der Ruprecht-Karls-Universität. Universitätsbibliothek, Heidelberg. doi: 10.11588/heidok.00028297

WEHMEYER M.; SCHWEITZER, J.; NAGY E.; GAESE, F.; NICOLAI, E. (2020): Erwachsene mit Intelligenzminderung und psychischer Störung respektive problematischem Verhalten: Systemrelevante Strategien zur Reduktion aggressiver Eskalationen. Psychiatrische Praxis. doi: 10.1055/a-1200-6205. Epub ahead of print. PMID: 32659793

WESULS, R.; HEINZMANN, T.; BRINKER, L. (2005): Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa). Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheits-berufen. Unfallkasse Baden-Württemberg, Stuttgart

Pädagogische Selbstwirksamkeit bei Krisenmanagement und Gewaltprävention

Konzept aus der Praxis einer stationären Einrichtung

Veronika Link

Ein zentraler Erfolgsfaktor

Die Begleitung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und krisenhaftem Verhalten stellt eine große Herausforderung für die Betreuungskräfte in Wohn- und Kita-Gruppen, in Schulklassen und am Arbeitsplatz dar. Eine zentrale Bedingung dafür, dass dies gelingen kann und dauerhaft leistbar ist, ist die emotionale Stabilität und die Handlungssicherheit der Pädagog*innen. Dieser Artikel beschäftigt sich mit Faktoren, die sich dabei als hilfreich erweisen.

Als traditioneller Anbieter der Eingliederungshilfe begleiten wir in der St. Vincenzstift gGmbH in Rüdesheim am Rhein derzeit 150 Kinder und Jugendliche sowie 330 Erwachsene in vollstationären Angeboten. Das Kerngelände der Einrichtung liegt naturnah am Rand eines Dorfes und wird ergänzt durch gemeindenahe stationäre und ambulante Angebote im Rhein-Main-Gebiet.

Krisen gehören zu unserer Arbeit

In den Wohngruppen, in Schule und WfbM betreuen wir eine Klientel mit einer hohen Dichte an Risikofaktoren und Verhaltensstörungen. Inzwischen leben Klienten mit weniger intensivem Betreuungsbedarf in gemeindenahen und ambulanten Angeboten. Viele Menschen mit herausforderndem und krisenhaftem Verhalten sind auf unserem weitläufigen, barrierefreien Kerngelände geblieben und profitieren in besonderer Weise vom Leben dort. Sie können in diesem überschaubaren Setting oft selbständig mobil sein und erleben durch begleitete Begegnungsmöglichkeiten ein hohes Maß an Sicherheit.

Viele Bewohner*innen tragen neben der geistigen Beeinträchtigung schwere biografische Belastungen mit sich, aus denen sich Erklärungsmuster für die Verhaltensstörungen ableiten lassen. Davon ist häufig nicht zu trennen, dass Problematiken auch durch das Leben in der Einrichtung erworben werden, das bekanntermaßen nicht immer optimale Wohn- und Betreuungsbedingungen bietet.

Mit dem Auszug vieler Klient*innen in selbständigere Wohnformen erlebte man sich auf dem Kerngelände zunächst als „Rest-Einrichtung“. Unser Selbstverständnis als „Kompetenz-Zentrum“ für Menschen mit Verhaltens-

störungen wächst inzwischen aber mit dem Ausbau der intensiv betreuten (und auch entsprechend finanzierten) Wohnplätze. Eine zentrale Herausforderung ist dabei, für diese Wohnplätze fachlich geeignetes Personal zu finden – und die Mitarbeiter*innen dann so zu unterstützen, dass sie bei gutem persönlichem Befinden über einen längeren Zeitraum dort arbeiten können. Dies ist dringend erwünscht, damit die Bewohner*innen in stabilen pädagogischen Beziehungen Halt und Unterstützung erleben.

Hier gilt es zu akzeptieren, dass die Begleitung von Krisen mit selbst- oder fremdverletzendem Verhalten bzw. mit Sachzerstörung zu unserer Arbeit gehört und dass es auch immer wieder zu sexuellen Grenzverletzungen kommt. Trotz vielfältiger Präventionsmaßnahmen ist ein vollkommen gewaltfreies Miteinander nicht unsere Realität bei der Betreuung dieses Personenkreises. Dass die Mitarbeiter*innen diese Tatsache weniger als belastende Bedrohung, sondern mehr als Herausforderung zu gemeinsamer fachlicher Entwicklung erleben, ist unser Ziel.

Unsere Konzeption „Krisenmanagement und Gewalt-prävention“

Um dieser Herausforderung mit einer organisatorischen Rahmensetzung zu begegnen, haben wir 2019 unsere Konzeption zum Umgang mit Krisen und Gewalt fertiggestellt. Die Beschreibung unserer Arbeitsinstrumente und Vorgehensweisen gibt den Mitarbeiter*innen an der Basis und auch allen weiteren Beteiligten Halt und Handlungssicherheit.

Unser Ziel ist eine hohe Sensibilität: Wir wollen Gewalt frühzeitig erkennen (auch versteckte Gewaltformen), und wir üben eine Kultur des Hinschauens und der Transparenz ein. Hierbei sind klar abgestimmte Vorgehensweisen hilfreich: Präventionsmaßnahmen zur Vermeidung von Gewalt spielen hier ebenso eine Rolle wie der Umgang mit akuten aggressiven Krisen.

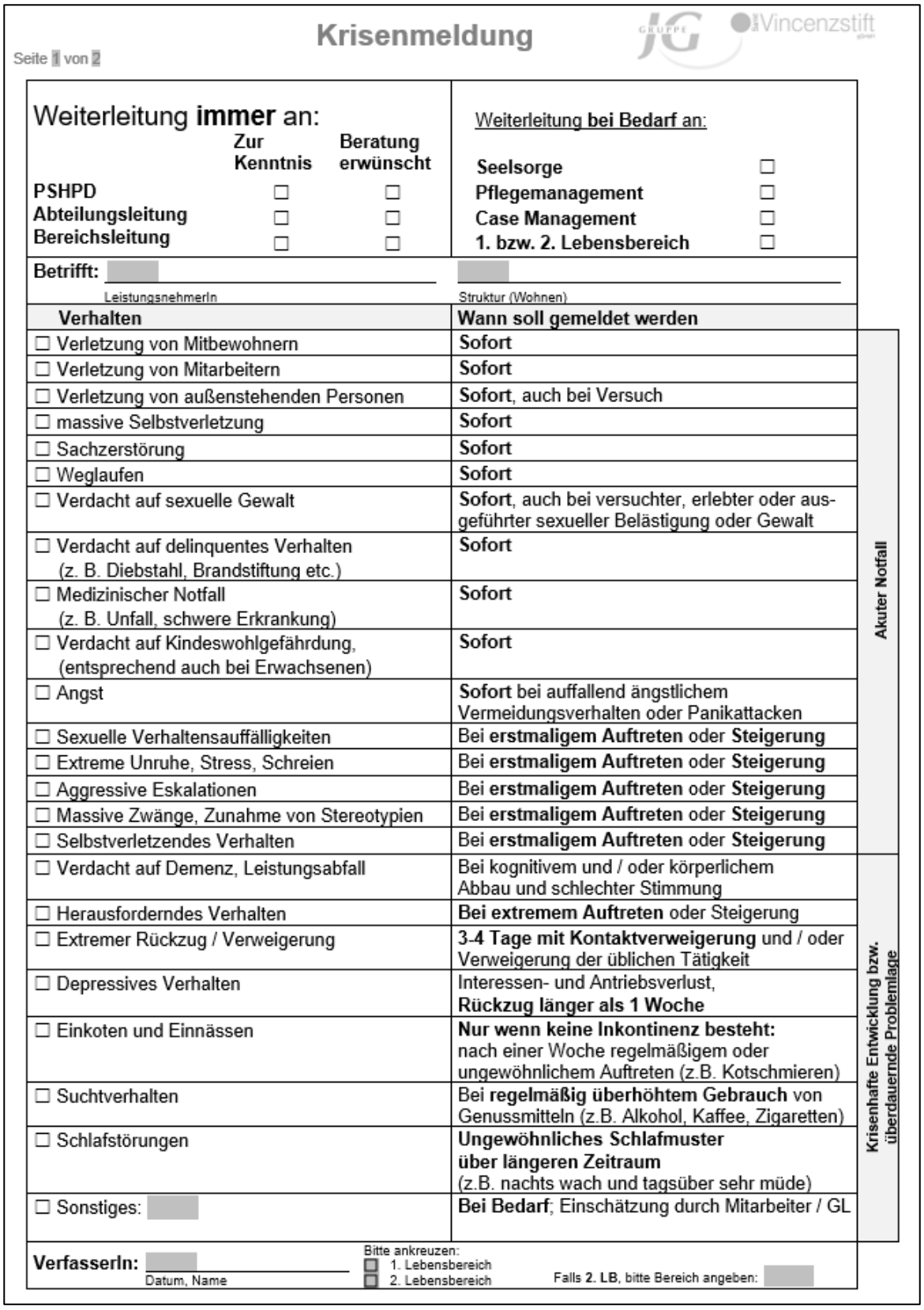
Im Krisenfall sind oft schon einfache Anweisungen hilfreich, zum Beispiel:

- Ruhe bewahren
- Für Sicherheit sorgen
- Das Vorgehen ist im Vorfeld abgesprochen.
- Hausinterne Krisenmeldung
- Bei Bedarf Fallgespräch / Runder Tisch

Krisenmeldung

Als zentrales Kommunikationselement hat sich unsere Krisenmeldung (Abb.1) bewährt.

Abb. 1 Krisenmeldung



Krisenmeldung

Seite 1 von 2

Weiterleitung **immer** an:	Zur Kenntnis	Beratung erwünscht
PSHPD	☐	☐
Abteilungsleitung	☐	☐
Bereichsleitung	☐	☐

Weiterleitung bei Bedarf an:	
Seelsorge	☐
Pflegemanagement	☐
Case Management	☐
1. bzw. 2. Lebensbereich	☐

Betrifft: _____ (LeistungsnehmerIn) _____ (Struktur (Wohnen))

	Verhalten	Wann soll gemeldet werden
Akuter Notfall	☐ Verletzung von Mitbewohnern	**Sofort**
	☐ Verletzung von Mitarbeitern	**Sofort**
	☐ Verletzung von außenstehenden Personen	**Sofort**, auch bei Versuch
	☐ massive Selbstverletzung	**Sofort**
	☐ Sachzerstörung	**Sofort**
	☐ Weglaufen	**Sofort**
	☐ Verdacht auf sexuelle Gewalt	**Sofort**, auch bei versuchter, erlebter oder ausgeführter sexueller Belästigung oder Gewalt
	☐ Verdacht auf delinquentes Verhalten (z. B. Diebstahl, Brandstiftung etc.)	**Sofort**
	☐ Medizinischer Notfall (z. B. Unfall, schwere Erkrankung)	**Sofort**
	☐ Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, (entsprechend auch bei Erwachsenen)	**Sofort**
	☐ Angst	**Sofort** bei auffallend ängstlichem Vermeidungsverhalten oder Panikattacken
	☐ Sexuelle Verhaltensauffälligkeiten	Bei **erstmaligem Auftreten** oder **Steigerung**
	☐ Extreme Unruhe, Stress, Schreien	Bei **erstmaligem Auftreten** oder **Steigerung**
	☐ Aggressive Eskalationen	Bei **erstmaligem Auftreten** oder **Steigerung**
	☐ Massive Zwänge, Zunahme von Stereotypien	Bei **erstmaligem Auftreten** oder **Steigerung**
	☐ Selbstverletzendes Verhalten	Bei **erstmaligem Auftreten** oder **Steigerung**
Krisenhafte Entwicklung bzw. überdauernde Problemlage	☐ Verdacht auf Demenz, Leistungsabfall	Bei kognitivem und / oder körperlichem Abbau und schlechter Stimmung
	☐ Herausforderndes Verhalten	**Bei extremem Auftreten** oder Steigerung
	☐ Extremer Rückzug / Verweigerung	**3-4 Tage mit Kontaktverweigerung** und / oder Verweigerung der üblichen Tätigkeit
	☐ Depressives Verhalten	Interessen- und Antriebsverlust, **Rückzug länger als 1 Woche**
	☐ Einkoten und Einnässen	**Nur wenn keine Inkontinenz besteht:** nach einer Woche regelmäßigem oder ungewöhnlichem Auftreten (z.B. Kotschmieren)
	☐ Suchtverhalten	Bei **regelmäßig überhöhtem Gebrauch** von Genussmitteln (z.B. Alkohol, Kaffee, Zigaretten)
	☐ Schlafstörungen	**Ungewöhnliches Schlafmuster über längeren Zeitraum** (z.B. nachts wach und tagsüber sehr müde)
	☐ Sonstiges: _____	**Bei Bedarf**; Einschätzung durch Mitarbeiter / GL

VerfasserIn: _____ (Datum, Name)

Bitte ankreuzen:
☐ 1. Lebensbereich
☐ 2. Lebensbereich

Falls **2. LB**, bitte Bereich angeben: _____

Auf diesem Formular teilen die Basis-Mitarbeiter*innen krisenhafte Entwicklungen an ihre Vorgesetzten und den Psychologisch-Heilpädagogischen

Dienst mit. Dies ist verpflichtend sowohl für akute Vorfälle wie auch für längerfristig beobachtete Veränderungen, die auf einen besonderen pädagogischen oder auch psychologischen bzw. psychiatrischen Handlungsbedarf hinweisen. Bei Bedarf werden mit der Krisenmeldung weitere beteiligte Dienste wie Seelsorge, Pflegemanagement, Case Management und der jeweils andere Lebensbereich (Kita, Schule, WfbM oder die Wohngruppe) informiert.

Die Krisenmeldung wird bei akuten Vorfällen ergänzt durch eine detaillierte Beschreibung

- der Situation im Vorfeld der Krise
- der Interventionen des pädagogischen Personals: Wie konnte hier deeskalierend agiert werden?
- des Krisenverlaufs und der Auswirkungen der pädagogischen Handlungsschritte, bis eine Beruhigung eingetreten ist.

Diese Art der Beschreibung führt zu einer intensivierten Reflexion der handelnden Personen, die durch Rückmeldungen der Vorgesetzten und des Psychologisch-Heilpädagogischen Dienstes unterstützt wird. Notwendige Anschlussmaßnahmen werden abgestimmt.

Eine zentrale Aufgabe ist hierbei, dass die Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen, die einem Übergriff ausgesetzt waren, entsprechend unserem Schutzauftrag begleitet und gestützt werden. Transparenz innerhalb der Einrichtung hilft uns dabei, Gewaltspiralen frühzeitig zu durchbrechen. Neben der Unterstützung des Teams durch die Vorgesetzten ist hier die Begleitung durch den Psychologisch-Heilpädagogischen Dienst bzw. durch ausgebildete Deeskalationstrainer*innen möglich. Dadurch sollen Traumatisierungsprozesse vermieden und die zukünftige Handlungssicherheit gestärkt werden.

Krisenplan Anspannungsstufen

Um vorausschauend und deeskalierend agieren zu können, arbeiten wir bei Personen mit wiederkehrenden Krisen nach folgenden Gesichtspunkten:

- Wie kann die Lebenssituation so gestaltet werden, dass Krisen vermeidbar sind?
- Wie handeln die Mitarbeiter*innen bei steigender Anspannung bzw. in einer Krise?
- Wie sieht die Begleitung nach der Krise aus?

Dafür erstellen wir für jede Person, bei der es wiederkehrend zu Krisen kommt, unseren Krisenplan Anspannungsstufen. Dieser Plan stellt das Handeln des pädagogischen Personals dar, das sich bei der Begleitung dieser Person in Krisen bewährt hat.

Unser Vorgehen haben wir auf der Basis der Anspannungsstufen, die das Team Autismus beschrieben hat (HÄUSSLER, 2014, 27ff), in Kombination mit dem Krisenplan von Christian Schanze (SCHANZE, 2014, 438f) entwickelt (Abb. 2).

Abb. 2 Krisenplan Anspannungsstufen

NAME:				
	TA*	ANSPANNUNGSSTUFEN der Person	MA-STRATEGIEN zur DEESKALATION	
			Das eigene Verhalten kontrollieren:	Das Verhalten der Person beeinflussen:
04				
03				
02				
01				
ENTSPANNUNG:			Was tun MA, um Entspannung zu unterstützen?	

Der Krisenplan Anspannungsstufen wird vom Team der Wohn- oder Arbeitsgruppe bzw. der Schulklasse gemeinsam mit dem Psychologisch-Heilpädagogischen Dienst erstellt, möglichst unter Mitwirkung der Abteilungsleitung und in Abstimmung mit der betroffenen Person bzw. ihrer rechtlichen Vertretung. Wichtig ist hier die Konsensbildung bei der konkreten Beschreibung von Verhalten und pädagogischem Vorgehen auf jeder Anspannungsstufe. Das beschriebene Vorgehen wird in Krisen laufend reflektiert. Der Krisenplan wird zudem mindestens einmal jährlich überarbeitet.

In der alltäglichen Zusammenarbeit mit der Person wird der Umgang mit steigender Erregung/Wut eingeübt. Es wird thematisiert, wie es gelingen kann, das Verhalten besser zu regulieren. Hierfür kann zusätzlich ein Krisenplan in Leichter Sprache erstellt werden.

Der Krisenplan Anspannungsstufen wird farblich entsprechend einer Ampel gestaltet. Die Anzahl der Stufen wird individuell angepasst. Die Beschreibung von 3 bis 9 Stufen hat sich hier bewährt.

Auf der grünen Stufe („Entspannung“ in der Abb.2) wird beschrieben, wie die Person sich verhält, wenn sie entspannt ist bzw. ein für sie normales, gutes Befinden zeigt. Wie tragen die Mitarbeiter*innen dazu bei, dass dieses positive Erleben überwiegt? Wie wird vorausschauend gearbeitet, sodass z.B.

Überforderung vermieden werden kann und es gar nicht erst zu einer Krise kommt?

Auf der gelben Stufe (01, 02 in der Abb.2) sind „Frühwarnzeichen“ relevant. Erste beobachtbare (oft nur minimale) Anzeichen emotionaler Überlastung sollen hier sensibel wahrgenommen werden: Gibt es körperliche Veränderungen, z.B. veränderte Atmung, Hautrötung? Verändert sich die Sprache, gibt die Person typische Laute von sich? Was beobachten wir bei Mimik und Gestik?

Situationen, die Krisen auslösen, werden genau beschreiben. Wie sind diese vermeidbar?

Wo kann das pädagogische Personal seine Handlungsmöglichkeiten bei beginnender Eskalation erweitern: Wieweit ist die Person bei steigender Anspannung kognitiv und emotional erreichbar? Was wirkt jetzt deeskalierend? Z.B. Humor, Ermutigung, Anforderungen zurücknehmen, Verständnis vermitteln, Lieblingsthema ansprechen, Alltagsroutinen, Überraschen, Ablenkungsstrategien…

Was mag die Person gar nicht? Ist z.B. körperliche Berührung hilfreich oder nicht?

Und: Wie erleben die Mitarbeiter*innen sich selbst, wenn die Anspannung steigt? Was ist notwendig, damit sie sicher und pädagogisch souverän handeln können? Welche Selbstberuhigungsstrategien sind wirksam? Ab wann muss eine weitere Fachkraft hinzugezogen werden?

Wie wird die Kommunikation gestaltet: Wie wirke ich verbal deeskalierend, z.B. durch aktives Zuhören? Wie stelle ich Anforderungen, und wann nehme ich sie zurück? Ab welcher Anspannungsstufe verzichte ich auf verbale Kommunikation? Hilft hier der Einsatz von Bildkarten?

In hohen Anspannungsstufen (orange, rot, dunkelrot; 03, 04 in der Abb. 2), d.h. in hoch krisenhaften und oft auch gefährlichen Situationen, ist die präzise Beschreibung von konkreten Handlungsschritten besonders wichtig. Hier werden immer Wege gesucht, die für die Sicherheit aller Beteiligten sorgen und zur Beruhigung der Situation beitragen.

Notwendig ist hier in vielen Fällen die Abstimmung mit der behandelnden Psychiaterin, z.B. zu der Frage, ab welcher Stufe eine Bedarfsmedikation verabreicht wird.

In extremen Situationen muss gefährliches Verhalten begrenzt werden, wenn die Sicherheit aller Beteiligten nicht anders gewährleistet werden kann. In Einzelfällen kann eine freiheitsentziehende Maßnahme dazu beitragen, dass die Person sich beruhigen kann. Hierbei ist sorgfältigste Planung und Reflexion sowie eine enge Kooperation mit der rechtlichen Betreuung und dem zuständigen Gericht erforderlich.

Im Krisenplan wird auch festgelegt, wann die Polizei gerufen bzw. eine Einweisung in die Psychiatrie initiiert wird und welche Zielsetzung man dabei verfolgt.

Die Beruhigungsphase kann ebenfalls beschrieben werden. Wie beruhigt sich die Person üblicherweise, was ist hilfreich für sie, und wie wird sie beim Übergang in den Alltag begleitet? Ist ein abschließendes Reflexionsgespräch hilfreich, und wann ist ein guter Zeitpunkt dafür?

Welche Nachsorge benötigen die von der Krise mitbetroffenen Mitbewohner*innen und Mitarbeiter*innen /?

Der Krisenplan Anspannungsstufen als Rahmen für fachlich fundiertes Arbeiten

Bei der Erstellung des Krisenplans werden vielfältige fachliche Impulse integriert, z.B.:

- Entsprechend dem Low Arousal-Ansatz wird ein niedriges Erregungsniveau angestrebt. Sinnvoll ist oft eine kurzfristige Reduktion von Anforderungen, um spannungsgeladene Situationen zu entschärfen.
- Welche Impulse gibt uns das Krisenmodell nach BREAKWELL (SCHANZE, 2014, 429; siehe BARTENSCHLAGER in diesem Heft)?
- Die Funktion des Verhaltens wird diskutiert: Was sind mögliche Ursachen und Auslöser? Welche biografischen Hintergründe und Diagnosen erscheinen relevant?
- Emotionale Entwicklung: Wo erlebt die Person evtl. eine Überforderung ihrer emotionalen Steuerungsmöglichkeiten? Welche beziehungsfördernden Konzepte können hier hilfreich sein (z.B. Marte Meo)?
- Besonderheiten bei Störungen aus dem Autismusspektrum, z.B. Beachten besonderer Reizkonstellationen sowie zeitliche und räumliche Strukturierung des Alltags (TEACCH).
- Wie gelingt die Kommunikation, wo ist hier evtl. Unterstützung notwendig?

Der Gewinn

Die sorgfältige Reflexion und Abstimmung des pädagogischen Vorgehens im Krisenplan Anspannungsstufen führt zu einer hohen Transparenz unseres Handelns und zu einer vertieften fachlichen Entwicklung bei den Teams. Auf dieser Basis gelingen gemeinsame Lernprozesse aller beteiligten Instanzen. Dies geht mit einer deutlich verbesserten Handlungssicherheit der Pädagog*innen in Krisen und damit auch mit häufigeren Erfolgserlebnissen einher. Für die Kooperation mit Kostenträgern und Aufsichtsbehörden stellt der Krisenplan Anspannungsstufen eine hilfreiche Gesprächsgrundlage dar.

Diese Faktoren tragen bei allen Beteiligten zu einer Erhöhung der erlebten Selbstwirksamkeit bei, d.h. zur Überzeugung, auch schwere Krisen erfolgreich meistern zu können. Auf dieser Basis können pädagogische Herausforderungen, die eine hohe Leistungsbereitschaft erfordern, von den Betreuungsteams mutiger angenommen und als Gelegenheit zur fachlichen Weiterentwicklung erlebt werden.

Literatur

BERTHER, C., NIKLAUS LOOSLI, T. (2019): Die Marte Meo Methode. Hogrefe, Göttingen.

ELSTNER, S., SCHADE, C., DIEFENBACHER, A. (2012): DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit. Bethel, Bielefeld.

GOTTESLEBEN, E. (2004): Strukturierung und Visualisierung als Unterstützung für autistische Menschen. Bethel, Bielefeld.

HÄUSSLER, A., TUCKERMANN, A., KIWITT, M. (2014): Wenn Verhalten zur Herausforderung wird. Borgmann, Basel.

SARIMSKI, K., STEINHAUSEN, H. (2008): Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Hogrefe, Göttingen.

SAPPOK, T., ZEPPERITZ, S. (2019): Das Alter der Gefühle, 2. Auflage. Hogrefe, Göttingen.

SCHANZE, C. (2014): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung, 2. Auflage. Schattauer, Stuttgart.

THEUNISSEN, G. (2017): Autismus und herausforderndes Verhalten. Lambertus, Freiburg.

Ambulante Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung

- Chancen und Grenzen -

Annika Kleischmann

In diesem Beitrag…

… möchte ich Ihnen Einblicke in meine psychotherapeutische Arbeit mit Menschen mit Intelligenzminderung (IM) geben. Dafür werde ich Ihnen die einzelnen „Bausteine“ und deren Ablauf innerhalb einer ambulanten Psychotherapie erläutern. Ich zeige Ihnen Chancen auf, die in der Zusammenarbeit mit dem Bezugssystem liegen (und für die es ein zusätzliches Stundenkontingent gibt). Anhand eines Fallbeispiels skizziere ich mein Vorgehen, verdeutliche die Grenzen der psychotherapeutischen Arbeit (finanziert durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen) und gebe einen „ganzheitlichen“ Ausblick.

Damit Sie sich einen Eindruck verschaffen können, welche „Brille“ meine Arbeitsweise prägt, vorab einige Sätze zu meinem beruflichen Hintergrund: Als Heilerziehungspflegerin habe ich mehrere Jahre in der stationären und ambulanten Betreuung gearbeitet. Durch meine erfolglose Suche nach psychotherapeutischer Behandlung für frühere Klienten*innen machte sich Unzufriedenheit in mir breit und befeuerte meinen Wunsch, selber in diesem Bereich tätig zu werden. Aus diesem Grund habe ich zunächst Psychologie studiert im Anschluss an mein Psychologiestudium eine Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin im Vertiefungsgebiet Verhaltenstherapie absolviert. Nachdem ich zunächst in der „Spezialsprechstunde für intelligenzgeminderte Menschen mit zusätzlichen psychischen Störungen“ der LWL Klinik in Bochum gearbeitet habe, bin ich aktuell im „Zentrum für Psychische Gesundheit und Psychotherapie“ der Universität Witten/Herdecke tätig. Gemeinsam mit einigen Kollegen*innen bieten wir psychotherapeutische Behandlung für erwachsene Menschen mit Lernbehinderungen, leichten und mittelgradigen Intelligenzminderungen an.

Hintergrund

Seit Jahren wird immer wieder darauf hingewiesen, dass Menschen mit IM unter allen bekannten psychischen Störungen leiden können und dies im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung auch vermehrt tun (COOPER et a., 2007; BUCKLES et al., 2013). Es besteht jedoch weiterhin eine eklatante psychotherapeutische Unterversorgung (SCHÜTZWOHL & KOCH, 2016;

KREMITZL et al., 2018), auch wenn bereits erwiesen ist, dass Psychotherapie bei dieser Personengruppe wirksam sein kann (VEREENOOHGE & LANGDON, 2023; SAPPOK et al., 2010).
Gründe für die bestehende Unterversorgung sind unter anderem Barrieren seitens der Behandler*innen (GLASENAPP & SCHÄPER, 2016). Mangelndes zielgruppenspezifisches Wissen, unberechtigte Zweifel an der Wirksamkeit von Psychotherapie und Zweifel an der eigenen Kompetenz, halten oft von adäquater Behandlung ab. Die unzureichende Versorgung ist auch teilweise strukturell bedingt. Viele Praxen sind zum Beispiel nicht barrierefrei. Auch wenn sich Fortschritte darin zeigen, dass man bei den Krankenkassen zusätzliche Stunden für Bezugspersonen beantragen kann, werden z.B. aufsuchende Behandlungen weiterhin nicht aufwandsgemäß vergütet. Positiv zu verzeichnen ist das zunehmende Angebot an Fortbildungsveranstaltungen und die (wenn auch nur vereinzelte) Aufnahme des Themas in die Psychotherapieausbildung.

Psychotherapeutische Behandlungsformen

In den Psychotherapie-Richtlinien werden sowohl die Voraussetzungen als auch die Durchführung von Psychotherapie geregelt. Die formalen Bestimmungen für eine Psychotherapie bei Menschen mit IM sind nach diesen Richtlinien gegeben. GLASENAPP (2019) weist darauf hin, dass in der Psychotherapie nicht die IM behandelt wird, *„denn sie fällt nicht unter den Indikationskatalog der psychischen Störungen, die zu Lasten der Krankenkassen behandelt werden dürfen.“* Die psychotherapeutische Behandlung zielt auf die psychische Störung ab. Bei Menschen mit IM kann sich die Indikation für eine Behandlung auch aus einer Verhaltensstörung ergeben. (*Eine Korrektur an dieser Stelle: In meinem Vortrag habe ich davon gesprochen, dass die Verhaltensstörung keine Indikation für Psychotherapie sei. Durch den Hinweis einer Kollegin habe ich dies nochmals recherchiert. Es folgten verschiedene Telefonate mit widersprüchlichen Aussagen. Am Ende mit dem positiven Ergebnis, dass die psychotherapeutische Behandlung auch bei Verhaltensstörung allein, d.h. ohne eine psychische Störung, möglich ist.)*
Änderungen der Psychotherapie- Richtlinien durch den GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS ermöglichen seit 2019, ein zusätzliches Behandlungs-kontingent für erwachsene Patienten*innen mit IM. Es gelten damit ähnliche Bedingungen wie in der ambulanten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen.
Die Änderungen im Einzelnen:

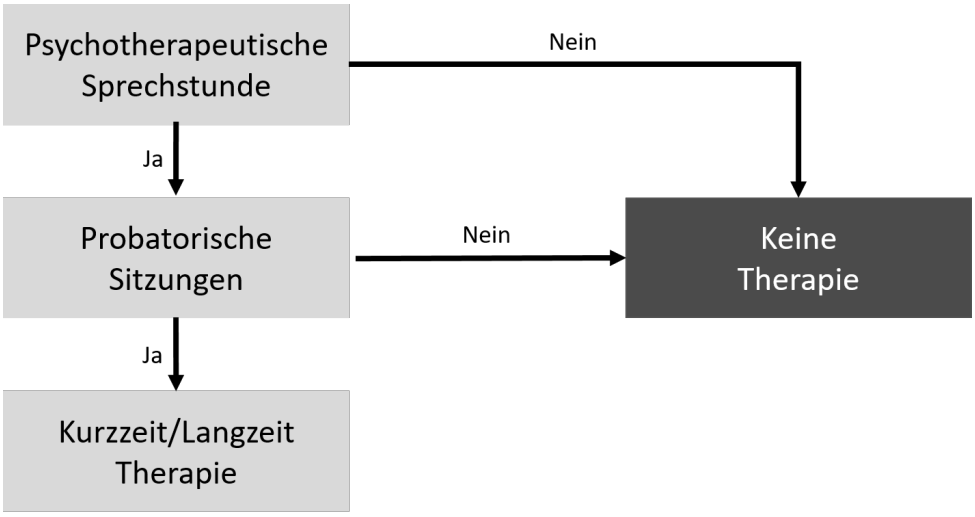
- In der psychotherapeutischen Sprechstunde stehen insgesamt 5 Sprechstunden je 50 Minuten (oder 10 Sprechstunden je 25 Minuten) zur Verfügung. Davon können 2 Sprechstunden je 50 Min. (4 je 25 Min.) für den

Austausch mit Bezugspersonen ohne Anwesenheit der Patienten *innen genutzt werden.

- Es stehen insgesamt 6 probatorische Sitzungen zur Verfügung. Diese können unter Einbezug der Bezugspersonen durchgeführt werden.
- Auch im weiteren Therapieverlauf können die Bezugspersonen stärker in die Psychotherapie einbezogen werden. Es gilt die Regelung: Für jeweils vier Sitzungen der Patienten*innen, kommt maximal eine Sitzung für den Einbezug der Bezugspersonen dazu. Diese Sitzungen werden *zusätzlich* zum Gesamtkontingent gerechnet.
- Nach Beendigung einer Langzeittherapie können nach 40 oder mehr Stunden maximal 10 Stunden als Rezidivprophylaxe genutzt werden. Bei 60 oder mehr Stunden sind es maximal 20 Stunden.

Der Prozess der ambulanten Psychotherapie gliedert sich in unterschiedliche Phasen (vgl. Abb. 1). Jeder Phase liegen bestimmte Kriterien zu Grunde, die zu einer Fortführung oder einem Abbruch dieses Prozesses führen.

Abb. 1: Phasen der ambulanten Psychotherapie



In den folgenden Ausführungen möchte ich das Vorgehen in der psychotherapeutischen Sprechstunde und den probatorischen Sitzungen genauer darstellen. Beschreibungen zur Kurzzeit/Langezeittherapie werde ich nicht geben können, sie würden den Rahmen dieses Beitrags sprengen.

Psychotherapeutische Sprechstunde

In der psychotherapeutischen Sprechstunde wird abgeklärt, ob ein Verdacht auf eine psychische Störung vorliegt und die Patienten*innen eine Psychotherapie benötigen.

Besonders bei Menschen mit IM ist, dass die Kontaktaufnahme in der Regel nicht durch die Patenten*innen selbst erfolgt. Meist ruft eine Bezugsperson (häufig Betreuer*innen aus dem Wohnumfeld, manchmal Angehörige, seltener gesetzliche Betreuer*innen) in der Praxis an, schildert das Anliegen und vereinbart einen Termin. Der Termin wird auch häufig von einer Bezugsperson begleitet, die auf Wunsch der Patienten*innen in das Gespräch mit einbezogen wird. Es ist wichtig zu beachten, dass Menschen mit IM häufig neben den psychischen Störungen, wie sie in den diagnostischen Klassifikationssystemen (ICD-10, WHO, 2009; DSM-V, APA, 2013) beschrieben werden, psychische Auffälligkeiten zeigen, die sich nicht oder nur schwerlich den diagnostischen Kategorien zuordnen lassen. SEIDEL (2010) schlägt daher vor, von *„psychischen Störungen im weiteren Sinne“* zu sprechen und diese Oberkategorie in drei Bereiche zu gliedern:

- Als psychische Störungen im engeren Sinne, werden demnach Störungsbilder definiert, die sich den Klassifikationssystemen (ICD-10, DSM-V) zuordnen lassen.
- Bei den Verhaltensphänotypen handelt es sich um charakteristische Entwicklungs- und Verhaltensmerkmale, die bei einem genetisch definierten Syndrom vorkommen können (SARIMSKI, 2014). Das Prader-Willi-Syndrom ist beispielsweise eine genetische Erkrankung, die sich unter anderem in ungebremsten Essenverhalten (Hyperphagie) äußern kann.
- In die Kategorie der Verhaltensstörungen fallen Verhaltensweisen, die unter anderem durch ihre Schwere, Frequenz oder Chronizität einen Risikofaktor für die Gesundheit und Sicherheit des Betroffenen oder Dritter darstellen. Sie beeinflussen die Lebensqualität und Teilhabefähigkeit negativ. (DC-LD, ROYAL COLLAGE OF PSYCHIATRISTS, 2001).

Diagnostik des emotionalen Entwicklungsniveaus

Wie bereits erwähnt, ist es im Rahmen der Sprechstunden möglich, eine Doppelstunde mit den Bezugspersonen ohne Anwesenheit der Patienten*innen durchzuführen (die Einwilligung der Patienten*innen vorausgesetzt). Es bietet sich an, diese Zeit für die Erhebung des emotionalen Entwicklungsstands zu nutzen. Die Grundidee dieser Fremddiagnostik ist, dass Menschen mit einer IM dieselben Entwicklungsphasen durchlaufen wie Menschen ohne kognitive Einschränkungen. Bei Menschen mit IM können diese Phasen jedoch zeitlich verzögert oder unvollständig durchlaufen werden, was ursächlich für Verhaltensstörungen sein kann, da bestimmte emotionale Fähigkeiten nicht erworben werden (DOŠEN, 2010; SAPPOK & ZEPPERITZ 2019). Das emotionale Entwicklungsniveau kann mit Hilfe der *Skala der emotionalen Entwicklung-Diagnostik (SEED)* (SAPPOK et al., 2018) konzeptualisiert werden. Es wird in einem Interview mit nahen Bezugspersonen durchgeführt. Mittels der SEED,

wird eine Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen des Menschen mit IM angeregt und eine neue Perspektive auf ihr Verhalten eröffnet. Die Erhebung des emotionalen Entwicklungsniveaus ist auch bedeutsam für das Verständnis der Prozesse, die zur Entstehung einer psychischen Störung beitragen. Bei Menschen mit IM können sich psychische Störungen anders zeigen als in der Allgemeinbevölkerung, was teilweise vom emotionalen Entwicklungsniveau der Person abhängt.
Das emotionale Entwicklungsprofil ist daher wichtig für die Planung und Durchführung psychotherapeutischer Interventionen. Als Überblick über mögliche Gründe für die Symptomatik von Patienten*innen, kann das bio-psycho-sozial-emotionale Störungsmodell (GARDNER et al., 2006; SAPPOK & ZEPPERITZ 2019) (vgl. Abb. 2) genutzt werden. In dieses Modell fließt auch die beschriebene Dreiteilung der *„psychischen Störungen im weiteren Sinne“* von SEIDEL (2010) ein.

Abb. 2: Bio-psycho-sozial-emotionales Störungsmodell

Bio	Psycho
Liegt eine körperliche Erkrankung vor? Handelt es sich um einen Verhaltensphänotypen?	Liegt eine psychische Störung vor?
Sozial	**Emotional**
Werden die Verhaltensauf-fälligkeiten durch die sozialen Strukturen bedingt/ aufrecht-erhalten?	Sind die Verhaltensauf-fälligkeiten auf das emotionale Entwicklungsniveau zurückzu-führen?

Probatorische Sitzungen

Probatorische Sitzungen sind Gespräche, die zur Klärung der Motivation, der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit dienen. Darüber hinaus stehen die weitere diagnostische Klärung der Symptomatik und die Einschätzung der Prognose im Vordergrund.

Motivation, Kooperationsfähigkeit

Wie bereits beschrieben, spielen Bezugspersonen im psychotherapeutischen Prozess eine wesentliche Rolle. In der Regel initiieren und begleiten sie die

Therapie. Für eine gelingende Kooperation sollte die Kontinuität dieser Begleitung durch eine begrenzte Anzahl von Betreuer*innen, vereinbart werden. Bereits zu Beginn sollten die sich Behandler*innen einen Überblick über die Motivation der Patienten*innen und die ihrer Bezugspersonen verschaffen. Sofern eine gesetzliche Betreuung (für den Bereich Gesundheitssorge) besteht, bedarf es eines Einverständnisses zur psychotherapeutischen Behandlung durch die gesetzliche Betreuung (auch bei der Antragsstellung). Darüber hinaus ist es notwendig organisatorische Rahmenbedingungen, wie beispielsweise die Wegbegleitung zu klären.

Diagnostische Klärung des Krankheitsbildes

Eine psychische Störung bei Menschen mit IM zu diagnostizieren kann aus mehreren Gründen schwierig sein. Es kann passieren, dass die geschilderte Symptomatik der IM und nicht einer psychischen Störung zugeschrieben wird (diagnostic overshadowing) (REISS et al., 1982). Zudem können Menschen mit IM ihre Symptome aufgrund eingeschränkter kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten häufig nicht ausreichend mitteilen (diagnostic underreporting) (SOVNER & HURLEY, 1983). Behandler*innen sind dann auf die Informationen von Bezugspersonen angewiesen. Anders als in der Therapien mit Menschen ohne kognitive Einschränkungen, spielt in der Diagnostik bei Menschen mit IM die Fremdbeurteilung eine zentrale Rolle.

Eines der wenigen existierenden Instrumente zur Erfassung psychischer Störungen, ist das *Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities* (PAS-ADD; ZEILINGER et al., 2011). Es erfasst unter anderem psychotische Symptome. Für eine Übersicht sei auf MOSS (2012) und MEIR und SABELLEK (2014) verwiesen.

Zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten können die *Aberrant Behavior Checklist* (ABC; AMAN et al., 1985) und die *Modified Overt Aggression Scale* (MOAS; YUDOVSKY et al., 1986) genutzt werden.

Neben der Diagnostik psychischer und Verhaltensstörungen empfiehlt sich eine Diagnose des Schweregrades der IM. Hierfür eignen sich die *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS-IV; PETERMANN & PETERMANN, 2012) oder die *Reynolds Intellectual Assessment Scales and Screening* (RIAS; HAGMANN-VON ARX & GROB, 2014). Von dem Schweregrad der Intelligenzminderung hängt unter anderem ab, wie viel Unterstützung die Patienten*innen in der Therapie benötigen. Zur Modifikation von Therapiemethoden sei auf ERRETKAMPS et al. (2017) verwiesen.

Praxisbeispiel

Frau H. kam in Begleitung einer Wohnheimbetreuerin in meine psychotherapeutische Sprechstunde. Die Patientin wirkte angespannt, wiegte ihren Oberkörper auf dem Stuhl hin

*und her. Auf meine Nachfragen antwortet sie in kurzen Sätzen oder schaut mich abwesend wirkend an. Die Betreuerin berichtete von impulsiven Ausbrüchen, in denen Frau H. sehr laut schreie und mit Gegenstände werfe. Meist treten sie auf, wenn Bedürfnisse von Frau H. nicht direkt befriedigt oder Anforderungen an sie gestellt werden würden. Dieses impulsive Verhalten würde seit Einzug in die Wohnstätte vor ca. 10 Jahren bestehen. Seit es in der Einrichtung innerhalb eines halben Jahres zu Mitarbeiterwechseln gekommen sei, hätten die Wutausbrüche in Häufigkeit und Intensität zugenommen. Dieses Verhalten sei eine massive Belastung für die Wohngruppe und führe zu Konflikten unter den Bewohner*innen. Eine paranoide Schizophrenie sei bereits vor Jahren diagnostiziert worden. Frau H. höre eine Stimme die in ihrem Kopf schreie.*

Bezüglich der Komponente „Bio" war bei Frau H. kein genetisch definiertes Syndrom bekannt. Ihre Verhaltensweisen ließen somit nicht auf einen Verhaltensphänotypen schließen. Eine körperliche Erkrankung lag ebenfalls nicht vor. Es gab daher keinen Anhaltspunkt, dass das impulsive Verhalten auf Schmerzen zurückgeführt werden konnte. Bezüglich der Komponente „Psycho", lag bei Frau H. eine paranoide Schizophrenie vor. Bezüglich der Komponente „Sozial" konnten die vermehrten Wutausbrüche eventuell durch die sozialen Strukturen bedingt worden sein (vermehrte Betreuerwechsel). Im Rahmen der Komponente „Emotional" wurde festgestellt, dass Frau H. ein ausgeprägtes Bedürfnis zeigte, autonom zu leben und ihre Frustrationstoleranz gering war. Das impulsive Verhalten von Frau H. konnte eventuell mit dieser Entwicklungsphase in Verbindung stehen.

Abb. 3: Bio-psycho-sozial-emotionales Störungsmodell am Bsp Frau H.

Bio	Psycho
Keine körperliche Erkrankung. Kein Verhaltensphänotyp bei genetisch definiertem Syndrom	Paranoide Schizophrenie

Sozial	Emotional
Betreuer*innenwechsel	SEED Phase 3

Die Erhebung des Schweregrads der IM mittels RIAS, ergab eine mittelgradige IM (IQ 40). Das mentale Alter von Frau H. konnte auf ungefähr 6 bis unter 9 Jahre eingestuft werden. Frau H. hatte eingeschränkte Schreib- und Lesekompetenzen und konnte die Uhr nicht lesen. Im weiteren Therapieverlauf war unter anderem die Arbeit mit einfachen Worten und sprachfreier Kommunikation mittels Abbildungen angezeigt. Die zeitliche Orientierung sollte durch eine Sanduhr ermöglicht werden.

Im Rahmen der Fremddiagnostik wurden mit Wohnheimmitarbeiterinnen zunächst die PAS-ADD Checkliste durchgeführt. Frau H. zeigte eine hohe Ausprägung auf der Skala „psychotische Störung". Die genauere Erfassung (und Bestätigung) erfolgte mittels des Mini-PASS-ADD Interview. Es blieb in den weiteren Stunden zu explorieren, in wie weit die

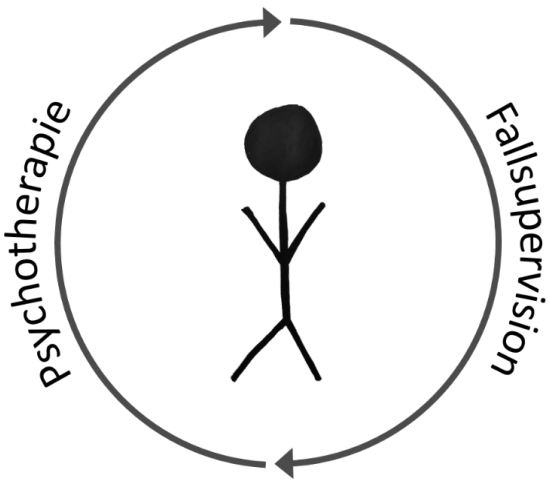
Wutanfälle mit dieser Diagnose in Zusammenhang stehen konnten. Zur Erfassung der Verhaltensauffälligkeiten wurde die ABC eingesetzt. Frau H. zeigte besonders hohe Werte in der Subskala Hyperaktivität.
Die Zusammenhänge der emotionalen Entwicklung (SEED Stufe 3), der psychischen Störung (paranoide Schizophrenie), der IQ Testung (mittelgradige IM) und der Verhaltensauffälligkeiten (vor allem Hyperaktivität) werden im Folgenden betrachtet.

Verzögerungen der emotionalen Entwicklung führen häufig zu Verhaltensauffälligkeiten. Eine psychische Störung muss unter Einbezug der kognitiven und emotionalen Fähigkeiten der Patienten*innen betrachtet werden. Die Aufklärung des Bezugssystems ist wesentlich. Häufig resultiert daraus Verständnis für die mit der jeweiligen Entwicklungsphase verbundenen emotionalen Grundbedürfnisse und dadurch eine veränderte Erwartungshaltung. Dies kann helfen Verhaltensauffälligkeiten abzubauen und darüber hinaus ggf. eine weitere Persönlichkeitsreifung ermöglichen.

„Ganzheitlicher“ Ausblick

Wie zu Beginn erwähnt, ist meine „therapeutische Brille“ die einer Verhaltenstherapeutin. Die Verhaltenstherapie erfordert die Analyse der ursächlichen und aufrechterhaltenden Faktoren des Krankheitsgeschehens. Um die Komplexität der Entwicklungsgeschichte der Patienten*innen und ihrer individuellen Situation aufzugreifen, ist die Integration verschiedener Interventionen notwendig.
Wie in dem Praxisbeispiel dargestellt, sind psychische Störungen (und/oder Verhaltensstörungen) von Patienten*innen häufig nicht allein aus der jeweiligen Lebensgeschichte zu erklären, sondern vielmehr in Wechselwirkung mit dem sozialen Umfeld zu betrachten. Ein wichtiger Bestandteil der Psychotherapie ist daher der Einbezug von Bezugspersonen in die Einzeltherapie sowie der Austausch und die Planung von Unterstützungs-möglichkeiten der Bezugspersonen in Abwesenheit der Patienten*innen.

Abb. 4: Ganzheitlicher Ansatz



Bei manchen Patienten*innen stößt man jedoch an die Grenzen der psychotherapeutischen Arbeit, wie sie durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen finanziert werden. In diesen Fällen sollte ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt werden (Abb.4).
Grenzen treten oft dann auf, wenn z.B. Patienten*innen in Wohngruppen leben und es dort immer wieder aggressive

Auseinandersetzungen unter den Bewohner*innen gibt. Oftmals ist es dann sinnvoll, die unterschiedlichen Interaktionspartner z.B. im Rahmen einer Teamsupervision zu besprechen, um einen konstruktiveren Umgang miteinander zu fördern.
Abschließend bleibt festzuhalten, dass in der ambulanten Psychotherapie bei Menschen mit IM die Bezugspersonen eine zentrale Rolle spielen. Sie unterstützen in der Diagnostik und unterstützen den therapeutischen Prozess. Positiv hervorzuheben ist das zusätzliche Stundenkontingent das dafür zu Verfügung steht. Den Grenzen der ambulanten Psychotherapie kann mit einem ganzheitlichen Ansatz begegnet werden.

Literatur

AMAN, M. G., SINGH, N. N., STEWARD, A. W., FIELD, C. J. (1985): The Aberrant Behavior Checklist: abehavior rating scale for the assessment of treatment effects. American Journal of Mental Deficancy 89, 485–491

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Eds.) (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. 5. überarbeitete Auflage. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

BUCKLES, J.; LUCKASSON, R. & KEEFE, E. (2013). A systematic review of the prevalence of psychiatric disorders in adults with intellectual disability, 2003–2010. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 6(3), 181–207. Available from: doi:10.1080/19315864.2011.651682.

COOPER, S., SMILEY, E., MORRISON, J., WILLIAMSON, A., ALLAN, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. The British Journal of Psychiatry, 190, 27-5.

DOŠEN, A. (2010). Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung: Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. HENNICKE, K., SEIDEL, M. (Hrsg.) deutschsprachige Ausgabe. Bern: Hogrefe Verlag.

ERRETKAMPS, A., KUFNER, K., SCHMID, S., BENGEL, J. (2017). Therapie-Tools Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim: Beltz.

GARDNER, W. I., DOŠEN, A., GRIFFITHS, D. M. (2006): Practice guidelines for diagnostic, treatment and related support services for people with developmental disabilities and serious behavioral problems. 1. Auflage. NADD Press, New York

GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (2019). Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie. Im Internet verfügbar unter: https://www.g-ba.de/richtlinien/20/

GLASENAPP, J., SCHÄPER, S. (2016) Barrierefreie Psychotherapie. Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2016 in Kassel. Materialien der DGSGB Band 37. Berlin: DGSGB. (http://dgsgb.de/volumes/978-3-938931-38-7/978-3-938931-38-7.pdf, Zugriff am 03.02.2021)

GLASENAPP, J. (2019). Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Änderungen der Richtlinien machen den Weg frei zu einer verbesserten Versorgung. Projekt Psychotherapie, 2/2019, 12-14.

HAGMANN-VON ARX, P. & GROB, A. (2014): Reynolds Intellectual Assessment Scales and Screening. Deutschsprachige Adaptation der Reynolds Intellectual Assessment Scales (RIAS) & des Reynolds Intellectual Screening Test (RIST) von Cecil R. Reynolds und Randy W. Kamphaus. Manual. Bern: Huber.

KREMITZL, K., ENGENHORST, A., SIMON, T., WÜNSCH, A., STRAUB, R., NÜBLING, R. (2018). Zur psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in

Baden- Württemberg. Eine Befragung Psychologischer Psychotherapeutinnen. Psychotherapeutenjournal, 2/2018, 135-142.

MEIR, S., SABELLEK, C. (2014) Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland. In C. Schanze (Hrsg.), Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Stuttgart: Schattauer. S. 36-42.

MOSS, S. (2012). The PAS-ADD assessment and their continuing conceptual development. Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 6 (1), 5-16.

PETERMANN, F. & PETERMANN, U. (Hrsg.) (2012): Wechsler Adult Intelligence Scale – IV: Manual (WAIS-IV). Frankfurt, M.: Pearson Assessment.

REISS, S., LEVITAN, G. W., SZYSZKO, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency, 86*(6), 567–574.

ROYAL COLLAGE OF PSYCHIATRISTS, DC-LD (2001). Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation. London: Gaskell.

SAPPOK, T., VOSS, T., MILLAUER, E., SCHADE, C. & DIEFENBACHER, A. (2010): Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Nervenarzt, 81, 827–836.

SAPPOK; T.; ZEPPERITZ; S; BARRETT; B. -F., DOŠEN, A. (2018). SEED Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik. Ein Instrument zur Feststellung des emotionalen Entwicklungsstands bei Personen mit intellektueller Entwicklungsstörung. Bern: Hogrefe Verlag.

SAPPOK; T. & ZEPPERITZ; S. (2019). Das Alter der Gefühle: Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. 2., überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

SARIMSKI, K. (2014). Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 4., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.

SCHÜTZWOHL, M. & KOCH, A.(2016): Prävalenz psychischer Beschwerden und Versorgungsbedarf von Menschen mit Intelligenzminderung. In: Glasenapp & Schäper 2016, 36-47

SEIDEL, M. (2010). Psychische Störungen bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung - eine Einführung. Psychiatrie Psychotherapie up2date 4: pp. 9–21

SOVNER, R., HURLEY, A. D., (1983). Do the mentally retarded suffer from affective illness? Archiev of General Psychiatry 40 (1), 61-67.

VEREENOOHGE, L. & LANGDON, P.E. (2013): Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. Research in Developmental Disabilities, 34(11), 4085–4102.

WHO (2009). Die ICD-10 Klassifikation psychischer und verhaltensbezogener Störungen: Klinische Beschreibungen und diagnostische Leitlinien: Weltgesundheitsorganisation. Genf.

YUDOVSKY, S. C., SILVER, J. M., JACKSON, W., ENDICOTT, J., WILLIAMS, D. (1986): The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. American Journal of Psychiatry 143, 35-39

ZEILINGER, E. L., WEBER, G. & HAVEMAN, M. J. (2011): Psychometric properties and norms of the German ABC-community and PAS-ADD checklist. Research in Developmental Disabilities, 32, 2431–2440.

Möglichkeiten und Grenzen der stationären psychiatrischen Krisenintervention

Knut Hoffmann

The inverse care law

*„The availablility of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served“ (*Hart, 1971).

Zu Deutsch etwas: die Verfügbarkeit guter medizinischer Versorgung steht in einem umgekehrten Verhältnis zu ihrer Notwendigkeit; also: die Menschen, die eine Leistung am wenigsten brauchen erhalten sie als erstes. Dies bezieht sich explizit nicht primär auf psychische Probleme, sondern auf körperlich-internistische.

Was bedeutet das für unsere heutige Fragestellung?

Menschen mit Intelligenzminderung stellen eine zahlenmäßig erhebliche Bevölkerungsgruppe dar. Eine genaue Prävalenz von Intelligenzminderungen lässt sich aus verschiedenen Gründen nicht genau bestimmen, wird aber nach verschiedenen Quellen auf ein bis drei Prozent geschätzt (WEBER, 1997, ROELEVELD et al., 1997, POMONA, 2004). Dies führt rechnerisch dazu, dass davon auszugehen ist, dass in Deutschland zwischen 800.000 und 2.000.000 Menschen mit einer Intelligenzminderung leben. Des Weiteren konnte in vielen Studien gezeigt werden, dass verschiedenste psychiatrische Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung deutlich häufiger auftreten als in der übrigen Bevölkerung (COOPER et al., 2007). Hier sind insbesondere die affektiven Störungen, psychotische Störungen, Zwangsstörungen sowie der Autismus und das ADHS zu nennen. Es würde sich also hier eine Personengruppe mit einer hohen Bedürftigkeit an psychiatrischer/psycho-therapeutischer Fachlichkeit definieren.

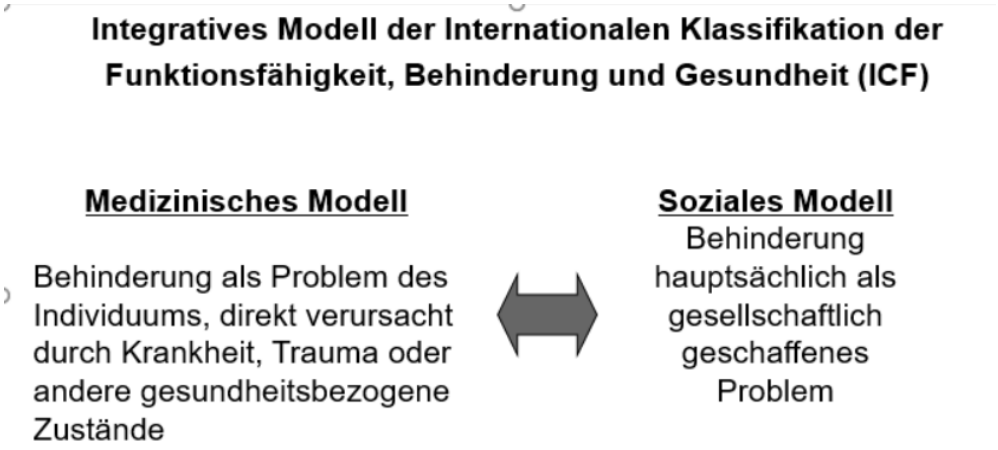
In der täglichen klinisch-psychiatrischen Praxis werden psychiatrische Diagnosen bei Menschen mit Intelligenzminderung allerdings eher unterdurchschnittlich häufig diagnostiziert. Womit wir also eine Personengruppe haben, welche die Kriterien des Eingangszitats erfüllen würde.

Warum ist das so?

Hierfür sind sicherlich mehrere Faktoren ursächlich. Zum einen besteht in der Ausbildung von Medizinern ein grundsätzlicher Mangel im Betrachten und Erkennen des Einflusses des psychosozialen Umfeldes auf spezifische

Erkrankungen. Im Medizinstudium wird ein weitgehend medizinisches Modell von Behinderung vermittelt, welches Behinderungen primär als individuelles Problem betrachtet, welches direkt verursacht ist durch Krankheit, Trauma oder andere gesundheitsbezogene Zustände. Dem gegenüber zu stellen ist ein soziales Modell von Behinderungen, welches Behinderung als hautsächlich gesellschaftlich verursachtes Problem betrachtet (Stichwort: das jeweilige Individuum wird durch seine Umwelt behindert). Ein gewisser Versuch der Integration dieser beiden Modelle fand in der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) statt. Diesbezügliche Ausführungen würden jedoch an dieser Stelle zu weit führen und sei auf die entsprechende Primärliteratur hingewiesen (Abb. 1).

Abb.1: Integratives Modell der ICF



Führt man diesen Faden weiter und betrachtet hierbei die Facharztweiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Qualifikation psychologische Psychotherapie ist zu sagen, dass sich in beiden Ausbildungsgängen die Intelligenzminderung nur sehr marginal findet. So findet sich in der inzwischen sehr umfänglichen Musterweiterbildungsordnung Psychiatrie und Psychotherapie lediglich ein Halbsatz zu diesem Thema (und das auch erst seit wenigen Jahren), im Ausbildungscurriculum psychologische Psychotherapie findet sich hier gar keine Erwähnung. Aktuell scheinen sich hier jedoch Veränderungen anzukündigen und an vielen Stellen scheint besonders im Rahmen der psychotherapeutischen Weiterbildung die Intelligenzminderung einen höheren Stellenwert zu bekommen. Dies mag auch dadurch begründet sein, dass die Psychotherapierichtlinien auf Empfehlung des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) dahingehend erweitert worden sind, dass auch Menschen mit Intelligenzminderung ein grundsätzliches Anrecht auf eine

derartige Behandlung haben und dass es u.a. jetzt möglich ist, Bezugspersonen in die ambulante Psychotherapie mit einzubeziehen (18.10.2018). Dieses konnte nicht zuletzt durch intensive Gremienarbeit der DGSGB mit unterstützt werden. Letztendlich war dieses vor dem Hintergrund des Artikels 25 der UN-Behindertenrechtskonvention, welche seit dem 21.12.2008 vom Bundestag ratifiziert worden war, auch unvermeidlich:

> ***Art. 25: Gesundheit***
>
> ***UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen:***
>
> *Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheits diensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere*
>
> *a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen* ***eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen….***
>
> *b) Bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden…*
>
> *c) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen….*

(Hervorh. KH)

Grundsätzliche Probleme der Diagnostik

Wenden wir uns jetzt einem Grundproblem der Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung zu. Bereits in den 1980iger Jahren haben REISS et al. den Mechanismus des sogenannten Diagnostic overshadowing beschrieben (REISS et al., 1982, REISS und SZYSZKO, 1983). Diesem kommt entscheidende Bedeutung für die Versorgung psychischer Probleme bei Menschen mit Intelligenzminderung zu. Diagnostic overshadowing besagt, dass sämtliche auf der Verhaltensebene zu beobachtenden Phänomene vom geneigten Untersucher als direkte Folgen der Intelligenzminderung gedeutet werden und andere Ursachen, wie z. B. eine spezifische psychiatrische Erkrankung überhaupt nicht in Betracht gezogen werden. Ein weiterer wichtiger Mechanismus in diesem Zusammenhang ist das sogenannte Underreporting (SOVNER und HURLEY, 1983) welcher besagt, dass Menschen mit Intelligenzminderung selten in typischer Weise über Symptome psychiatrischer Erkrankungen klagen. So berichten Menschen mit Intelligenzminderung und einer zusätzlichen depressiven Störung selten über typische Symptome wie Niedergeschlagenheit, Antriebsmangel oder Lustlosigkeit.

Leider ist es dem Medizinsystem zu eigen Probleme, die sich nicht direkt in diesem System verorten lassen, grundsätzlich zu exkludieren und anderen Systemen zuzuschreiben. So ist in diesem Zusammenhang häufig zu hören: „Das ist ein pädagogisches Problem.“.

An dieser Stelle ist es jetzt noch einmal wichtig, dass, bevor eine bestimmte Symptomatik, die hier als Krise bezeichnet wird, einem der beiden, im Weiteren dann näher auszuführenden Verursachungsmodellen zuzuordnen ist, zu prüfen ist, ob eine primär körperliche Ursache für die zu beobachtende Symptomatik verantwortlich sein könnte. So sind Schmerzen, welche nicht in einer Weise entweder wahrgenommen oder berichtet werden können wie dieses im Regelversorgungssystem erwartet wird, eben nicht als solche erkannt werden. Als Hauptursache für das Auftreten von Schmerzen bei Menschen mit Intelligenzminderung seien hier zahnärztliche Probleme, Verstopfung, Harnverhalt oder Kopfschmerzen unterschiedlichster Ursache zu benennen. Aber auch sehr ernsthafte Erkrankungen, wie z. B. Nierensteine oder Bandscheibenvorfälle können sich ausschließlich in einer solchen Form darstellen.

Aus dem Gesagten ist also deutlich geworden, dass ein erheblicher Mangel in der Ausbildung ärztlicher und anderer therapeutischer Berufsgruppen besteht. Dies stellt sich v.a. im Vergleich mit anderen europäischen Ländern noch einmal in eklatanter Weise dar, so gibt es z. B. in Großbritannien ein mehrjähriges Curriculum Psychiatry in learning disability, welches nach Erwerb des psychiatrischen Facharztes zusätzlich erworben werden kann. Die in diesem Rahmen erlangte fundierte Ausbildung war z.B. Grundvoraussetzung dafür, dass eine Untersuchung wie die oben zitierte von Cooper überhaupt durchgeführt werden konnte, da eine solche Untersuchung erfordert, dass ausreichend qualifizierte Untersucher zur Verfügung stehen, um diese große Patientengruppe entsprechend zu diagnostizieren.

Es bleibt also festzuhalten, dass es für die Entwicklung von „Krisen“ bei Menschen mit Intelligenzminderung letztendlich drei Ursachen festzustellen gibt, nämlich:

1. Eine (ggf. undiagnostizierte) psychiatrische Erkrankung im engeren Sinne.
2. Eine körperliche Erkrankung und
3. Eine Verhaltensstörung, die nicht durch eine der beiden erstgenannten Gründe verursacht ist.

Um hier differenzialdiagnostisch weiterzukommen wäre also eine deutliche Verbesserung der Ausbildung von Medizinern im Allgemeinen und Psychiatern und Psychotherapeuten im Speziellen erforderlich.

Eine besondere Rolle in diesem System spielt sicherlich auch das zergliederte Sozialversicherungssystem in Deutschland, in dem medizinische Leistungen im

Sozialgesetzbuch V verortet sind, rehabilitative Leistungen wie auch Leistungen der Eingliederungshilfe im SGB IX. Es besteht im Prinzip kein Austausch zwischen diesen Systemen und die Rahmenbedingungen der jeweiligen Systeme sind dem anderen System meistens nur eingeschränkt oder gar nicht bekannt.

Im Weiteren sei hier zur Strukturierung der psychiatrischen Versorgung unter den Rahmenbedingungen des SGB V dargestellt. Grundsätzlich müssen Leistungen im System der gesetzlichen Krankenkassen durch den gemeinsamen Bundesausschuss genehmigt und zugelassen werden. Dieses schafft also die Rahmenbedingungen dessen, was als therapeutische Maßnahme sowohl im stationären als auch im ambulanten Rahmen abrechenbar ist. Wie bereits im Vorhergehenden ausgeführt, hat der G-BA hier zumindest den Grundstein für eine verbesserte psychotherapeutische Versorgung für Menschen mit Intelligenzminderung gelegt. Ausnahmen oder Abweichungen von diesen Rahmenbedingungen führen fast zwangsläufig zu Regressproblemen mit den Kostenträgern, sprich den Krankenkassen.

Die Selbstverwaltung der Heilberufe ist in den Landesärztekammern und den Landespsychotherapeutenkammern verortet, die jeweils auch über eine Bundeskammer (Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer) verfügen. Die Abrechnung ambulanter Leistungen erfolgt über die siebzehn existierenden kassenärztlichen Vereinigungen. Auch psychologisch-psychotherapeutische Leistungen werden über die kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet. Mit Etablierung des Psychotherapeutengesetzes kam es zu einer erheblichen Veränderung in der Angebotsstruktur psychiatrisch-psychotherapeutischer ambulanter Leistungen. Das Psychotherapeutengesetz ermöglichte es, dass niedergelassene Psychotherapeuten nicht mehr ausschließlich auf Weisung/Überweisung eines Arztes tätig werden konnten, sondern selbst eine Therapie initiieren, beantragen und durchführen können. Es ist lediglich noch ein sogenannter Konsilbericht erforderlich. In Deutschland sind ca. 120.000 Menschen ärztlich tätig, davon eine zunehmende Anzahl in Teilzeit. Stand 2018 gab es in Deutschland 13.767 Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, dem gegenüber standen 35.095 psychologische Psychotherapeuten in Niederlassung. Im Auftrage der KV Bayern konnte MELCHINGER et al. (2008, 2011, auch KRUSE et al. 2013) zeigen, dass 72% der zu versorgenden Patienten durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenärzte versorgt werden, lediglich 18% der zu versorgenden Patienten durch psychologische und ärztliche Psychotherapeuten. Die Vergütung fließt allerdings zu über 70% in den Bereich der ambulanten ärztlichen und psychologischen Psychotherapie. Durch den G-BA wurde 2014 beschlossen die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) mit in den ambulanten psychotherapeutischen Versorgungschlüssel einzurechnen,

was seitens der Bundespsychotherapeutenkammer zu Protesten führte (BPtK 2014).

In Deutschland gibt es ca. 600 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern. Ganz Deutschland ist quasi parzelliert, das bedeutet, dass jede dieser Kliniken ein entsprechendes Pflichtversorgungsgebiet hat, für das sie durchgehend zuständig sind. Dies bezieht sich allerdings v. a. auf Behandlungen auf zivilrechtlicher Grundlage (PsychKG, Betreuungsgesetz), ansonsten besteht für die Patienten auch im stationären Bereich eine freie Arztwahl. Es besteht allerdings keine Verpflichtung für eine Klinik oder Abteilung, Patienten aus einem anderen Pflichtversorgungsgebiet zu behandeln. Die Versorgungspflicht begründet sich auf die §39 und 108 des SGB V.

Wie bereits ausgeführt ist die Verortung von Problemen und Erkrankungen von Menschen mit Intelligenzminderung in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Ausbildung als sehr dürftig zu bezeichnen. Dementsprechend wenig diesbezüglich erfahrene Ärzte und Psychotherapeuten gibt es in Deutschland. So gibt es lediglich eine ausgesprochen überschaubare Anzahl von spezialisierten klinischen Abteilungen, die gleichzeitig im Allgemeinen über eine entsprechende Spezialambulanz verfügen. Eine entsprechende Auflistung dieser Kliniken findet sich auf Webseite der DGSGB. Aktuell sind dies 27 Kliniken, wobei hier noch anzumerken ist, dass in großen Flächenländern wie Niedersachen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Brandenburg jeweils nur ein einziges Angebot existiert. Vergleichsweise gut ist die Versorgung in Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen.

Naturgemäß sind diese Angebote im Allgemeinen sehr stark nachgefragt und es bestehen oft jahrelange Wartelisten für einen Behandlungsplatz, was naturgemäß in akuten Krisensituationen relativ nutzlos erweist. So lange also keine flächendeckende Versorgung mit entsprechenden Kompetenzzentren, die mit erfahrenen Menschen aller Berufsgruppen ausgestattet sind existieren, sind die betreffenden Menschen auf eine Versorgung in der allgemeinen Psychiatrie angewiesen. Unter den akuten Bedingungen der Ressourcenverknappung und neuer Entgeltsysteme wird es für die Kliniken allerdings immer schwieriger, sozusagen auf alle Eventualitäten vorbereitet zu sein. Meist sind Kliniken auch in einer Weise strukturiert, dass sie über gestuft gesicherte/strukturierte Angebote verfügen. Fast alle Kliniken verfügen über eine sogenannte Aufnahmestation, auf der zunächst alle Menschen, die schwerer erkrankt sind oder zumindest wirken, aufgenommen werden. Diese Stationen sind üblicherweise durch eine erhebliche Unruhe und ein nur bedingt vorhandenes spezifiziertes therapeutisches Konzept gekennzeichnet. Oft ist der

Aufenthalt auf solchen Stationen auch nur für kurzer Zeit zur Krisenintervention bzw. als Vorbereitung zur Weiterverlegung auf einen anderen Behandlungsbereich, der dann spezifischere Therapie anbietet, vorgesehen. Da aber ein solcher spezifische Behandlungsbereich für Menschen mit Intelligenzminderung in Kliniken der Allgemeinpsychiatrie normalerweise eben nicht vorliegt, ist eine solche Aufnahmestation oft der einzige Ort, an dem Menschen mit Intelligenzminderung Behandlung erfahren können. Solche Stationen verfügen eigentlich durchgehend nicht über die entsprechenden Ressourcen, um auf die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Intelligenzminderung einzugehen. Dies bezieht sich sowohl auf die diagnostische Kompetenz als auch auf kommunikative Fähigkeiten und eine entsprechende Personalausstattung. So ist bis zum heutigen Tage heilpädagogische Kompetenz keine abrechenbare Berufsgruppe in der sogenannten PsychPV. Sollte eine Klinik also Menschen mit heilpädagogischer Kompetenz beschäftigen, so muss eine solche Stelle durch eine andere Berufsgruppe quasi gesponsert werden. Es bleibt abzuwarten, ob mit dem aktuell sich etablierenden Abrechnungssystem PPP-RL (Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - Richtlinie) nicht doch noch ein spezieller Behandlungszweig für Menschen mit Intelligenzminderung implementiert wird, welcher dann auch heilpädagogische Kompetenz vorsehen würde.

In diesen Bereichen kommt es dann eben oft dazu, dass die Symptomatik von Menschen mit Intelligenzminderung nicht entsprechend eingeordnet werden kann und eine ausschließlich mittels Medikamenten oder auch freiheitsentziehender Maßnahmen durchgeführte Krisenintervention stattfindet. Oft fehlt den dort tätigen auch eine notwendige Kenntnis des extraklinischen Versorgungssystems von Menschen mit Intelligenzminderung.

Fazit

Zusammenfassend muss also ausgeführt werden, dass die strukturellen Rahmenbedingungen für eine suffiziente Krisenintervention in psychiatrischen Krankenhäusern - aus verschiedensten Gründen - für Menschen mit Intelligenzminderung ausgesprochen beschränkt und das oft eher empfohlen werden muss, eine Krisenintervention in den entsprechenden primär-betreuenden Einrichtungen durchzuführen. Zwingend notwendig hierfür wäre aber eine suffiziente ambulante Versorgungsstruktur. Glücklicherweise scheint es so zu sein, dass ambulant tätige Kolleginnen und Kollegen, welche durch das schichte Faktum einer entsprechenden Einrichtung in ihrem Versorgungsgebiet und damit einer entsprechenden Patientenklientel zunehmend die Notwendigkeit von spezialisierten Kenntnissen wahrnehmen und sich entsprechend fortbilden.

Literatur

BPtK BUNDESPSYCHOTHERAPEUTENKAMMER (2014) Stellungnahme der BPtK zum Beschluss des G-BA vom 17.04.2014 zur Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen in die Bedarfsplanung. Berlin

COOPER SA, SMILEY E, MORRISON J, WILLIAMSON A, ALLEN L (2007) Mental Ill-haelth in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. Br J Psyciatr 190: 27-35

HART JT (1971) The inverse care law. Lancet 27(1): 405-12

KRUSE J, LARISCH A, HOFMAN M, HERZOG W (2013) Ambulante psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. Z Psychosom Med Psychother 59: 254-72

MELCHINGER H (2008) Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Hannover

MELCHINGER H (2008) Umsteuerung dringend geboten. Dtsch Ärztebl 46: A2457-60

MELCHINGER H (2011) Psychotherapie vs. Fachärztliche Behandlung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Monitor Versorgungsforschung 02/

POMONA PROJECT. Health indicators for people with intellectual disabilities in the member states. Interims report 2004. [Http://Europa.Eu.Int/Comm/Health/Ph_Projects/ 2002/Monitoring/Fp_Monitoring_2002_inter_05_en.pdf, 10.6.2005]

REISS S, LEVIATAN GW, SZYSZKO J (1982) Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. Am J Ment Defic 86(6): 567-74

REISS S, SZYSZKO J (1983) FDiagnostic overshadowing and professional experience with menatlly retarded people. Am J Ment Defic 87: 396-402

ROELEVELD N, ZIELHUIS GA, GABREELS F (1997) The prevalence of emntal retardation: a critical review of recent literatute. Develop Med Child Neurol 39: 125-32 (1997)

SOVENER R, HURLEY AD (1983) Do the mentally retarded suffer from affective illness? Arch Gen Psychiatr 40: 61-7

WEBER G (1997) Intellektuelle Behinderung. WUV Universitätsverlag, Wien

AutorInnen

Simon Bartenschlager
Musiktherapeut M.A.; Sozialpädagoge B.A.; AAT/CT® Trainer; DEKIM Krisenbegleiter
Leitung der Heilpädagogischen Tagesstätte Pfaffenhofen a. d. Ilm
Adolf-Rebl-Str. 4; 85276 Pfaffenhofen a. d. Ilm
Email: simon.bartenschlager@hpz-paf.de

Knut Hoffmann
Dr.med., Facharzt für Psychiatrie, forensische Psychiatrie und Psychotherapie,
Stellvertr. Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventionsmedizin des LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum,
Alexandrinenstr. 1-3 44791 Bochum
Vorsitzender der DGSGB,
E-Mail: knut.hoffmann@wkp-lwl.org

Annika Kleischmann
Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Heilerziehungspflegerin,
Wissenschaftliche Mitarbeiterin Universität Witten/Herdecke
Zentrum für psychische Gesundheit und Psychotherapie
Alfred-Herrhausenstr. 44; 58453 Witten
E-Mail: annika.kleischmann@uni-wh.de

Veronika Link
Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin
Leitung Psychologisch-Heilpädagogischer Dienst
St. Vincenzstift gGmbH
Vincenzstraße 60, 65385 Rüdesheim am Rhein
Tel. 06722 / 901-103
E-Mail: v.link@st-vincenzstift.de

Meike Wehmeyer,
Dr. sc. hum, Dipl. Psychologin
kbo-Heckscher-Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie
Zentrum für Autismus und Störungen der sprachlichen und geistigen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter
Max-Isserlin-Straße 23, 85540 Haar
Tel. 089/4132 539–0 (0179/3281382 p.)
E-Mail: Meike.wehmeyer@kbo.de (d); meike.wehmeyer@web (p).

Impressum

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

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

Herausgeber

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

Geschäftsstelle
Frau Steffi Kirch
Dohnaer Platz 11, 01239 Dresden
dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
12203 Berlin
Tel.: 0174/989 31 34
E-Mail klaus.hennicke@posteo.de

1.Aufl. 03/21/250

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.

dgsgb

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

Hintergrund

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

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

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

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

Mitgliedschaft

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

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

Organisation

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

Vorstand

Dr. Knut Hoffmann, Bochum (Vorsitzender)
Dipl. Päd. Heiner Bartelt, Senden (Vorsitzender)
Priv. Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin (Stellv. Vors.)
Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)
Dr. Dipl. Psych. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd
Dr. Dipl. Psych. Anne Styp von Rekowski, Windisch (CH)
Dr. Wolfgang Köller, Berlin

Postanschrift

Geschäftsstelle der DGSGB
Frau Steffi Kirch
Dohnaer Platz 11, 01239 Dresden
dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de

ISBN 978-3-938931-46-2