

## **Good Practice unter den Bedingungen eines wachsenden Problemdrucks: die Psychiatrisch psychotherapeutische Ambulanz Alsterdorf**

Schon frühzeitig wurde im Rahmen der Normalisierungsdebatten und der anschließenden Debatten über die Anstaltsauflösungen der 1980er Jahre deutlich, dass Menschen mit geistiger Behinderung in gehäufterem Maße psychisch erkrankten und neben psychiatrischer auch psychotherapeutischer Behandlung bedürfen. Die psychotherapeutische Behandlungsnotwendigkeit wurde jedoch längere Zeit auf rein verhaltenstherapeutische Maßnahmen reduziert. In der Evangelischen Stiftung Alsterdorf haben wir dagegen bereits in den 1990er Jahre die positive Erfahrung gemacht, dass auch gerade tiefenpsychologisch fundierte therapeutische Interventionen bei einer Reihe von geistig Behinderten mit psychischen Erkrankungen erfolgreich sind.

Damals arbeiteten die Psychologen, wie in anderen Komplexeinrichtungen der Behindertenhilfe auch, in ungeklärten Doppelfunktionen sowohl als fachliche Berater oder Fortbildner wie auch als pädagogische oder administrative Leitungen, z.T. auch in Stabsfunktionen. Oft empfanden sie sich auch als gutes Aushängeschild für eine durch Gewalt, Vernachlässigung und Entmündigung geprägte schlechte Praxis. In dieser Situation gedieh aber - nicht nur in Alsterdorf - das kleine Pflänzlein der Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung, so dass wir im Jahr 1999, als wir anfangen, mit dem Zulassungsausschuss zur Errichtung einer Psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutsambulanz in Alsterdorf zu verhandeln, eine Anzahl von fast 200 dokumentierten Fällen von Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung vorlegen konnten.

### **Die Ausgangssituation**

Die Erkenntnis schon damals war, dass Menschen mit Behinderung, speziell mit geistiger Behinderung, trotz ihres erhöhten Risikos, psychisch krank zu werden<sup>1</sup> und ihrem erhöhten Bedarf an

---

<sup>1</sup> Die Prävalenz psychischer Störungen wird in der Literatur als 4 mal höher als bei Menschen ohne Behinderung angegeben. Gründe hierfür liegen zum einen an der besonderen Verletzlichkeit dieser Menschen, an ihrer

psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung einen erschwerten Zugang zu solchen Behandlungen haben.

Zwei Entwicklungen kamen Ende der 90er Jahre in der Arbeit in der Evangelischen Stiftung Alsterdorf zusammen: Zum einen drohte die Sozialbehörde mit Kürzung ihrer Zahlungen, wenn die Psychologen, die ja voll aus den Mitteln der Eingliederungshilfe finanziert wurden, weiterhin nachweislich Psychotherapie und damit Leistungen erbringen würden, die in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen fielen. Zum anderen hatte schon damals in der Evangelischen Stiftung Alsterdorf eine Entwicklung eingesetzt, in der durch die Dezentralisierung den einzelnen Wohnbereichen eine größere Budgetverantwortung zugeordnet wurde, was bezüglich des „Einkaufs“ sozialpädagogischen oder psychologischen Leistungen zu einer beständigen Reduktion aus fachfremden Gründen führte. Vor diesem Hintergrund standen neben dem professionellen Interesse, endlich als anerkannte Psychotherapeuten zu arbeiten, auch finanzielle Überlegungen des Überlebens bei der Idee Pate, an den Zulassungsausschuss (paritätisch bestehend aus Vertretern der KV und der Krankenkassen) heranzutreten und den Antrag auf Zulassung einer Ambulanz zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Behinderung zu stellen.

### **Der lange Weg der Zulassung der Alsterdorfer Ambulanz**

Zwei Argumente wurden uns vom Zulassungsausschuss entgegengebracht. Im ersten Argument spiegelten sich die alten Vorurteile und Fehlurteile über geistige Behinderung und Psychotherapie wieder. So wurde uns gesagt, dass die immer noch überwiegende Lehrmeinung, psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung seien ein Ausdruck der geistigen Behinderung und deshalb nicht psychotherapierbar, auch die Meinung des Zulassungsausschusses sei. Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung seien nur medikamentös behandelbar und pädagogisch modellierbar. Diesem Argument setzten wir damals nicht nur unsere Erfahrungen entgegen – wir hatten immerhin die erwähnten 200 dokumentierte Fälle von erfolgreicher Psychotherapie vorzuweisen – sondern auch die internationalen Erfahrungen, nachweislich aus den USA, Australien und Großbritannien, wo die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung und anderen Behinderungen zu diesem Zeitpunkt längst eingeführt war..

Der Zulassungsausschuss setzte uns sodann ein zweites Argument entgegen, dass man eher als das Standardargument eines Zulassungsausschusses bezeichnen kann. Die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Behinderung, so wurde uns gesagt, sollte

---

eingeschränkter Möglichkeit der Kompensation von Alltagsirritationen und auch an ihrer eingeschränkten Möglichkeit, ihre Impulse, Intentionen und Wünsche adäquat zu verwirklichen

durch die niedergelassenen Praxen erfolgen. Man wolle keine „Sonderinstitutionen“ schaffen, sondern vertraue darauf, dass Menschen mit Behinderung in diesen Praxen unterkämen. Es folgte eine Befragung der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten, die sich damals ja aufgrund des Psychotherapeutengesetzes gerade konstituiert hatten. Die überwiegenden Antworten waren ehrlich und, auch wenn wir es nicht erwartet hatten, deutlich negativ. Man könne diese Patientengruppen nicht nur wegen der architektonischen Barrieren, sondern vor allen Dingen wegen der kommunikativen Barrieren und der Schwierigkeiten der mangelnden Erfahrung nicht behandeln. Damals lernten wir auch das Wort „Wartezimmer Sprenger“ kennen, weil diese Patienten hohe Betreuungsanforderungen in der Arzt- und Therapeutenpraxen insbesondere im Wartezimmer stellen würden. Man kann die Ergebnisse der damaligen Erhebung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg deshalb durchaus als zwiespältig bezeichnen, auch wenn ihre Ergebnisse dann letztendlich zur Zulassung unserer Psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanz Alsterdorf zum 01.07.2000 führten.

In der Zulassung<sup>2</sup> wurde unsere Ambulanz ermächtigt „psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung von schwer- und mehrfachbehinderten Patienten, die anderweitig nicht adäquat versorgt werden können“, zu übernehmen. Dies war mehr als wir beantragt hatten, da wir von uns aus eine Einschränkung auf Menschen mit geistiger Behinderung vorgenommen hatten, nun aber froh waren, dass die Ermächtigung weiter gefasst wurde. Zum anderen hatten wir erwartet, dass das Versorgungsgebiet auf Hamburg beschränkt werde, was aber mit dieser Ermächtigung keinesfalls geschah.

Die Finanzierungsvereinbarung mit den gesetzlichen Krankenkassen in Hamburg erfolgte kurz darauf und bescherte uns eine Fallzahlbegrenzung auf 200 Patienten, dafür aber eine hohe Quartalspauschale, die zum damaligen Zeitpunkt weit über dem Landesdurchschnitt lag. Erreicht hatten wir damit, dass wir als erste und soweit wir wissen, bis heute einzige Spezialambulanz zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit Behinderung bekommen haben, wenn auch um den Preis der Deckelung der Fallzahlen. Mit der Neuregelung des § 118 Abs. 2 SGB V im Jahre 2001 änderte sich aber auch unsere Zulassungsgrundlage. Allgemeine Krankenhäuser wurden nun gesetzlich ermächtigt, ohne dass ein Votum oder Beschluss des Zulassungsausschusses dafür notwendig ist, psychiatrische Ambulanzen einzurichten, wenn sie über selbständige, fachärztlich geleitete psychiatrische Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung verfügen. Die Begrenzung auf die Behandlung von Menschen mit Behinderung war so für uns damit nur noch eine freiwillige Selbstverpflichtung, die aber von den Kassen bei weiteren Verhandlungen akzeptiert

---

<sup>2</sup> Ermächtigung auf der Grundlage des § 118 Abs. 2, SGB V

wurde. Eine neue Vereinbarung mit den Krankenkassen in Hamburg kam erst im März 2012 zustande, nachdem wir die Anhebung des Deckels auf mindestens 300 Patienten pro Quartal gefordert hatten. Jetzt haben wir einen Vertrag mit diesem erweiterten Deckel und einer abgesenkten Quartalspauschale, die sich am Landesdurchschnitt bemisst. Allerdings wurde, worauf es uns auch ankam, unsere Spezialisierung auf Menschen mit Behinderung dadurch anerkannt, dass unsere Leistungsbeschreibung Teil des neuen Vertrages wurde.

Am Ende dieser nicht unkomplizierten Entwicklungsstrecke sind wir nun bei der Überlegung angelangt, im Sinne der Inklusion, umgekehrt wie andere psychiatrische Ambulanzen, Schritt für Schritt auch Menschen ohne Behinderung bei uns zu behandeln. Grundsatz soll dabei sein, dass wir die Fallzahlen für die Patienten mit Behinderung dadurch aber nicht reduzieren, sondern Menschen ohne Behinderung zusätzlich behandeln. Dies hat professionell für die einzelnen Behandler den Vorteil, auch andere Patienten ohne kognitive Einschränkungen zu sehen und hierbei Erfahrungen zu machen. Darüber hinaus hat es natürlich den Vorteil, den Nimbus der Spezialambulanz langsam abzubauen, ohne allerdings die Behandlungskapazitäten und die Behandlungsqualität für Menschen mit Behinderung zu reduzieren.

Der Grund warum wir lange Zeit an dem Konzept der Spezialambulanz festgehalten haben, liegt vor allen Dingen darin, dass wir trotz intensiver Bemühungen in all den letzten Jahren kaum Partner unter den niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten gefunden haben, die gewillt waren oder sind, uns Patienten mit geistiger Behinderung abzunehmen. Nach wie vor haben wir in unserer Ambulanz einen hohen Aufnahmedruck, so dass wir deutlich mehr als 300 Patienten im Quartal behandeln, ohne diese aber aufgrund der Fallzahlbegrenzung abrechnen zu können. Im psychotherapeutischen Bereich führt das zu langen Wartezeiten, aber auch ständigen Versuchen, andere individuelle Behandlungssettings, wie Ergotherapie, intensivpädagogische Entwicklungsbegleitung und ähnliches zu finden, was natürlich bei einer klaren Psychotherapie-Indikation keine Lösung ist. Längst haben wir Gruppentherapieangebote und Kriseninterventionen „auf der Warteliste“ eingeführt, auch besondere „Vorfahrtsregelungen“ bei Dringlichkeiten – alles aber kein wirkliches Mittel, den enormen Bedarf zu decken, zumal die sonst üblichen Mittel, wie Frequenzverminderung laufender Therapien oder die Verkürzung der Kontaktzeiten, im individuellen Fall natürlich möglich sind, von uns aber als Rationierungsinstrument abgelehnt werden.

### **Die Besonderheiten der Alsterdorfer Ambulanz**

Wie andere psychiatrische Ambulanzen verfügt auch die Alsterdorfer Ambulanz über ein multiprofessionelles Team, dem Mediziner und Psychotherapeuten angehören, so dass eine

abgestimmte psychotherapeutische, psychiatrische und medikamentöse Behandlung möglich ist. Die Qualität dieser Behandlung wird besonders durch die gemeinsamen Fallbesprechungen und die gemeinsame Supervision gesichert, was für viele Patienten ein Vorteil gegenüber der Behandlung im niedergelassenen Bereich ist, da damit die Behandlungen an Zielgerichtetheit und Präzision zunehmen. Ein besonderes Merkmal unserer Ambulanz ist das umgebende Netzwerk der Evangelischen Stiftung Alsterdorf. Dieses bietet zum einen aus dem Bereich des Evangelischen Krankenhauses das breite Angebot internistischer, geriatrischer und epileptologischer Stationen, entsprechende Tageskliniken und Ambulanzen. Hier ist insbesondere die allgemeinmedizinische Ambulanz zu nennen, mit der sich unsere Ambulanz die Räumlichkeiten teilt, so dass eine enge Kooperation möglich ist. Des Weiteren gehören zu diesem Netzwerk die Einrichtungen der Behindertenhilfe, also Wohngruppen, Angebote des betreuten Wohnens sowie des beschützten, wie auch inklusiven Arbeitens auf dem ersten Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderung. Hinzu treten die Möglichkeiten des Beratungszentrums Alsterdorf, hier insbesondere des Fachdienstes der Intensivpädagogik für entsprechende Kriseninterventionen und des Fachdienstes Psychologie, in dem die Psychotherapeuten mitarbeiten und damit die ganze Palette der weitergehenden psychologischen Leistungen, wie Fortbildung, Supervision, Teambesprechung oder auch stützende Gespräche im Falle einer nicht vorliegenden Psychotherapie-Indikation niedrigschwellig anbieten können. Last not least liegen auf dem Stiftungsgelände physio- und ergotherapeutische Praxen, mit denen kooperiert wird.

### **Voraussetzungen einer Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung**

Eine Frage, die uns häufig gestellt wird, ist die nach den Mindestvoraussetzungen für Menschen mit geistiger Behinderung, um psychotherapeutisch behandelt zu werden. Definiert man Psychotherapie als vorbehaltlosen interpersonalen Kontakt, in dem auf der Basis einer zumindest minimalen Selbstwahrnehmung und unter Ausnutzung einer ebenfalls zumindest minimalen Motivation zur Veränderung ein neuartiger Selbststeuerungsprozess in Gang gesetzt wird, so hat dies für Menschen mit geistiger Behinderung folgende Konsequenzen:

- Zum einen muss in der sozial-emotionalen Entwicklung die Phase der Wahrnehmung des eigenen Selbst als getrennt vom anderen erreicht sein, also die Subjektkonstanz und damit die Wahrnehmung eigener Aktivitäten als meine eigenen Handlungen mit Folgen für die Umwelt.
- Zum anderen muss im Bereich der kognitiven Entwicklung mindestens das Niveau des anschauungsgebundenen Denkens erreicht sein, verbunden mit einem Sprachniveau, bei dem die Sprache vor allen Dingen dem Mitteilen konkreter Botschaften dient, ein Lernen durch konkrete Vorbilder oder konkrete Erfahrungen möglich ist und die Möglichkeit des Vorausdenkens besteht. Ein konkret operationales Denken wie es bspw. bei Kindern ab 8 Jahren möglich ist, das sich aus der unmittelbaren Anschauung löst und nicht mehr nur

Abbildung einer inneren Handlung ist, sondern eine angenommene Vorstellung, ist nach unserer Erfahrung nicht die unumgängliche Voraussetzung für eine Psychotherapie.

In den Graduierungen des ICD 10 ausgedrückt, können wir in unserer Ambulanz nach unseren bisherigen Behandlungen neben Menschen mit Lernbehinderung Menschen mit einer leichten (F70) und einer mittleren geistigen Behinderung (F71) erfolgreich behandeln, also bis zu einem IQ zwischen 35 und 49 und einem mentalen Alter zwischen 6 und 9 Jahren.

Unsere Behandlungsstatistik zeigt, dass wir in unserer Ambulanz Menschen aller Graduierungsgrade der geistigen Behinderung behandeln. Die Behinderung fungiert dabei als Eingangsdiagnose. In den nachfolgenden Angaben sind allerdings auch Fälle ausschließlich psychiatrischer Behandlung enthalten, woraus sich insbesondere die Fälle mit F72 bis F79 erklären. Des Weiteren ist bemerkenswert, dass wir eine verhältnismäßig geringe Anzahl von Menschen mit Lernbehinderung behandeln, dies liegt regional bedingt daran, dass diese Betroffenen durchaus in das Netz der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten eher Einlass finden als Menschen mit einer F70er Diagnose, was uns bei dem geschilderten Aufnahmedruck natürlich sehr willkommen ist .

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Lernbehinderung (F81) / Entwicklungsstörungen (F84)	14,8 %	13,9%	14,1%
Leichte geistige Behinderung (F70)	32,5 %	29,8%	32,0%
Mittelschwere geistige Behinderung (F71)	24,0 %	26,4%	27,7%
Schwere u. schwerste geistige Behinderung (F72-F79)	17,2 %	18,6%	15,3%
Andere Behinderungen	11,5 %	11,3%	11,6%

### **Gleichheit und Differenz in der psychotherapeutischen Behandlung**

Die Erfahrungen in der psychotherapeutischen Behandlung in unserer Ambulanz sind unter dem Gesichtspunkt von Gleichheit und Differenz zu betrachten. Was ist gleich in der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung und von Menschen ohne Behinderung? Was ist different?

## **Therapiewunsch und Indikation**

Viele Menschen mit geistiger Behinderung können sich nach unserer Erfahrung nicht so recht vorstellen, was eine Therapie oder Gespräche beim Psychologen eigentlich genau ist, äußern aber gleichwohl den Wunsch, „Gespräche zu bekommen“ oder zum Psychologen zu gehen oder wünschen sich, dass es ihnen besser geht. Manchmal mag der Wunsch auch darin bestehen, dass sie Aufmerksamkeit haben wollen oder eine Person, die sich um sie kümmert. Selbstverständlich spielt die Fremdmotivation auch eine große Rolle, weil Eltern oder pädagogischen Assistenten sagen, „Du solltest mal...“ oder „Du brauchst eine Therapie“. Für uns gilt deshalb die Faustregel, dass all dies, was in einem Therapieprozess mit nicht behinderten Patienten wünschenswert ist, wie

- ausreichende Motivation, sich einer Therapie zu unterziehen,
- Gewähr, regelmäßig an den Terminen teilzunehmen
- Klarheit über die Notwendigkeit eines Arbeitsbündnisses mit dem Therapeuten
- Vorhandensein oder schnell zu erarbeitende Zielvorstellung, die realistisch ist, und
- Bereitschaft, sich infrage zu stellen und zu verändern

als Anfangsindikation für die Erstgespräche in unserem Bereich zurückgestellt werden muss. Es ist vielmehr so, dass auch sekundäre Anfangsmotivationen, überhaupt ein Gespräch zu suchen und Unklarheiten, was überhaupt ein therapeutischer Prozess ist und bringen kann, Basis dafür sind, dass ein gemeinsames Arbeitsbündnis, eine gemeinsame Zielsetzung und auch eine Motivation langsam oft über die ersten 10 Stunden erst erarbeitet werden.

Natürlich kann ein solcher Prozess in dieser Phase scheitern, wenn eine reine Fremdmotivation vorliegt. Auf der anderen Seite gibt es die Erfahrung, dass wenn es in dieser Phase gelingt, ein Arbeitsbündnis und eine ausreichende Zielsetzung zu erarbeiten, die Adhärenz-Probleme im späteren Verlauf der Therapie, beispielsweise bei konfrontativen Situationen oder bei aktuellen Konflikten nicht schwieriger zu bewältigen oder herausragender sind als im Kontakt mit nicht behinderten Patienten.

## **Erstgespräch**

Unser Psychotherapeutenteam hat bezüglich der Erstgespräche innerhalb von mehreren Jahren gezielter Praxisauswertung ein spezielles Setting erarbeitet. Dieses besteht im Unterschied zu einem psychodynamischen Erstgespräch in einem strukturierten Setting mit geleiteten Fragen, weil die ansonsten übliche Überlassung der Strukturierung der Beziehung dem Patienten gegenüber diesen zu stark verunsichern würde. Eine wichtige Empfehlung ist, zunächst in einer Aufwärmphase, insbesondere bei aufgeregten oder desorientierten Patienten, nach gewohnten Dingen aus deren Alltag zu fragen. Damit können auch Leerläufe, wenn es dem Patienten peinlich wird, über seine Probleme zu sprechen, vermieden werden. Eine weitere Empfehlung ist, bei der Anamnese durchaus

auch anwesende Begleitpersonen mit einzubeziehen, so dass wichtige Informationen auch tatsächlich benannt werden. Themen, die teils durch den Patienten, teils durch die Begleitpersonen dann angesprochen werden, gehören nach den Erfahrungen unseres Teams häufig zu den Problemkreisen

- Selbstwertproblematik,
- Trauer um die behinderungsbedingten Einschränkungen,
- Traumatisierungen aufgrund von sexualisierter psychischer oder physischer Gewalt
- Partnerschaftsprobleme, Partnerschaftswünsche und
- Ablösung von den Eltern.

Die Erstgespräche werden prinzipiell von zwei Psychologen, meistens, wenn es möglich ist, in einem gemischtgeschlechtlichen Tandem geführt, um die Übertragungsmöglichkeiten zu erhöhen und die Möglichkeiten zu nutzen, bei den entstehenden Gegenübertragungen während des Erstinterviews Schlüsse auf die Behandlungsbedürftigkeit und den Behandlungsplan zu ziehen. Nicht anders als im Bereich der Behandlung nicht behinderter Menschen kann man sagen, dass in solchen Gesprächskonstellationen, insbesondere wenn eine Begleitperson dabei ist, zugrunde liegende Konflikte oft re-inszeniert werden und in einem Auswertungsgespräch der beiden Gespräch führenden Therapeuten später auch dechiffriert werden können.

## **Therapieprozess**

Im Therapieprozess selbst – ich nehme hier den Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Therapie – fällt zunächst ein großer Bereich der Gleichheit bezüglich der konzeptionellen und strukturellen Aspekte auf:

- der Aktualkonflikt wird in der Regel regressions-begrenzend und fokussierend bearbeitet
- erlebnisnahe psychodynamische Determinanten des Verhaltens werden Schritt für Schritt in die Bearbeitung einbezogen
- psychodynamische Konflikte, wie insbesondere Selbstwertkonflikte und Autonomie-Abhängigkeitskonflikt sind bei Patienten mit und ohne geistige Behinderung weitverbreitet und können auch bei Menschen mit Behinderung erfolgreich bearbeitet werden, wenn es gelingt, Affekte zu differenzieren, zu verbalisieren und in konkrete Erfahrungen zu übersetzen, die dem jeweiligen kognitiven Niveau entsprechen und zu Lernerfolgen führen.

Eine besonders wichtige Erfahrung ist die, dass nicht nur die Erstgespräche und damit der Aufbau einer tragfähigen Beziehung länger dauern, sondern auch der gesamte Prozess der Therapie. Wir nennen das das „Prinzip der Langsamkeit“, dass unsere Arbeit kennzeichnet und alle Kollegen im niedergelassenen Bereich natürlich nachvollziehbar abschreckt. Die meisten unserer Therapien dauern zwischen 6 und 8 Quartalen, also ca. 80 bis 100 Stunden.

## **Sprachniveau**

Eine Differenz zu den Therapien mit Menschen ohne geistige Behinderung besteht sicherlich im Sprachniveau, das in Bezug auf Satzbau, Umfang, Wortwahl und vor allen Dingen Langsamkeit dem jeweiligen Denkniveau und Sprachgebrauch des Patienten anzupassen ist. Ergänzend können, gerade zur Verbesserung von Selbstauskünften, auch Satzergänzungen benutzt werden oder Blätter, in denen Sprechblasen von Personen auszufüllen sind, die bestimmte zum Thema passende Handlungen ausführen. Es können auch Symbole - lächelndes Gesicht, weinendes Gesicht usw. – verwendet werden, die auf Tafeln oder Karteikarten gezeigt werden. Auch die Therapievereinbarung selber muss einfach strukturiert und in einfacher Sprache gemacht werden, so dass sie später immer wiederholbar ist. Oft wird beklagt, dass die Sprachdifferenzierung und damit auch die Möglichkeit der Arbeit mit Metaphern eingeschränkt seien. Aber alltagsnahe Bilder, Zeichnungen oder Umsetzungen mit Puppen/Stofftieren können sehr wirksam eingesetzt werden. Bei der Frage der geringen Sprachdifferenzierung ist aber auch stets die Frage, wie wirksam diese auch in Therapien mit nicht behinderten Patienten ist und wie unverzichtbar. Wenn wir davon ausgehen, dass die Faktoren der Beziehungsgestaltung und der achtsamen Reaktion auf die gesamte affektive Äußerung des Patienten die Hauptwirkfaktoren einer Therapie sind, ist der Unterschied in der Sprachdifferenzierungsmöglichkeit zwar zu beachten, stellt aber keine unüberwindbare Hürde dar.

## **Festigungsphasen**

Eine weitere Differenz besteht sicherlich auch darin, die aufklärenden und festigenden Sequenzen in der Therapie stärker zu betonen. Hierzu gehören Techniken wie Wiederholungen, Zusammenfassungen, sowie das bewusste Einlegen von Pausen und das Unterstreichen des Gesagten durch Gesten und Mimik, was für manchen Psychotherapeuten sicherlich fremd ist, weil solche Methoden in der Psychotherapie oft vorschnell unter dem Stichwort Pädagogik zusammengefasst und verworfen werden. Anders ausgedrückt: Die supportive Haltung des Therapeuten und die damit verbundene Bereitschaft, Hilfs-Ich-Funktionen für den Patienten zu übernehmen, ist in der Psychotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung stärker zu gewichten als in anderen Therapien. Ebenso die Fähigkeit zum Containing, was gerade für Menschen wichtig ist, die Schwierigkeiten im psychosozialen Umfeld haben und ihre Interessen zu vertreten.

## **Sicherung des Therapieerfolgs**

Different zur Therapie mit Menschen ohne Behinderung ist die Arbeit im und mit dem sozialen Netz des Patienten. Zu Sicherung des Transfers und Nachhaltigkeit von den in der Therapie erworbenen Erfahrungen und Einsichten sind in vielen Fällen Gespräche mit dem Umfeld (Angehörige,

Zugehörige, Assistenten der Wohn- und Arbeitsangebote, gesetzliche Betreuer) hilfreich. Voraussetzung ist aber das Einverständnis des Patienten und die Absprache mit ihm, was in einem solchen Gespräch zum Thema wird und was nicht. Die Frage, ob es innerhalb einer Therapie regelmäßige Gespräche dieser Art in einem solchen Dreiersetting (beispielsweise mit einem Angehörigen) geben soll oder nicht, ist von Fall zu Fall verschieden. Patienten, die die Übergriffigkeit des Umfeldes mit Angst erwarten, müssen selbstverständlich vor solchen Gesprächskonstellationen geschützt werden. Andere Patienten wiederum können ein Angebot für solche Dreiergespräche oder auch größere Runden gut annehmen, insbesondere, wenn sie dann Ergebnisse der Therapie, auch was sich zum Beispiel bei Ihnen oder auch bei den anderen ändern müsste, mitteilen und man so ins Gespräch kommt.

## Diagnosen

<b>Tab. 2: Behandlungsdiagnosen in der Psychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanz Alsterdorf</b>			
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
F0, organische, einschl. symptomatischer, psychischer Störungen	10,77	4,24	17,30
F1, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0,22	0,11	1,15
F2, Schizophrenie	31,65	32,3	27,49
F3, affektive Störungen	19,82	32,07	5,38
F4, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	4,12	10,77	7,56
F5, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	0,23	0,00	0,57
F6, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	12,49	7,56	16,15
F8, Entwicklungsstörungen	1,15	1,15	6,19
F9, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0,69	0,46	0,69
Sonstiges	14,1	8,25	22,34

Zur Einordnung und Interpretation dieser Daten sind zwei Dinge wichtig, die die Aussagekraft dieser Tabelle relativieren: Zum einen sind hier nur die Hauptbehandlungsdiagnosen, also eine Diagnose pro Klient, ausgewertet, weil uns dies von den Kassen in Hamburg bisher vorgegeben wurde. Man wollte

einen einfachen Vergleich mit den anderen Psychiatrischen Institutsambulanzen. Auswirkungen hat dies natürlich gerade im Bereich Sucht – ein häufigeres Begleitmerkmal, aber eben nicht die Hauptdiagnose, oder bei den Verhaltensauffälligkeiten und Angststörungen, die selbstverständlich häufige Begleitsymptomatiken sind. Zum anderen machen sich in den Schwankungen beispielsweise im Bereich der affektiven Störungen bestimmte neue Vorgaben der Kassen ab 2010 bemerkbar, wie die ab diesem Zeitpunkt gültige Rahmenvereinbarung, die auf den Ausschluss leichtere Erkrankungen, insbesondere leichter und mittlerer depressiver Episoden, zielte, aber organische Störungen und Persönlichkeitsstörungen bevorzugte. Allgemein lässt sich zu dieser Diagnoseübersicht aber bei aller gebotenen Vorsicht sagen, dass wir in unserer Ambulanz das breite Spektrum der affektiven, psychotischen und Persönlichkeitsstörungen behandeln.

### **Wachsender Problemdruck**

Wir beobachten in unserer Ambulanz seit Jahren eine Zunahme schwerer Dekompensations- und Anpassungsstörungen, insbesondere also Patienten mit schweren Verhaltensstörungen oder herausforderndem Verhalten. Als Hintergrund in vielen Anamnesen bilden sich hier immer wieder die gravierenden Veränderungen in den Hilfesystemen ab, insbesondere die sog. Ambulantisierung, die für viele Menschen mit mittleren und schweren Behinderungen dazu führt, dass psychische Schwierigkeiten nicht rechtzeitig erkannt werden oder damit adäquat umgegangen wird und dann nach Überschreiten einer gewissen Auffälligkeitsgrenze schnell der Ruf nach psychiatrischer Behandlung und Psychotherapie erfolgt: „Den müsst ihr uns abnehmen“ oder „Der braucht Therapie, wir können nicht mehr“.

Das in Hamburg nun erprobte und sicherlich sich in Zukunft weit über Hamburg hinaus verbreitende sog. trägerbezogene Budget<sup>3</sup> lässt uns befürchten, dass sich diese Trends in Zukunft noch verstärken werden. Zu befürchten ist insbesondere eine noch höhere Rate unausgebildeten Personals, so dass die mangelnde Früherkennung psychischer Krisen, aber auch die mangelnde Kooperation während und nach der Behandlung die Verhältnisse noch erschweren werden.

Auf der anderen Seite sehen wir uns als Psychiatrisch-psychotherapeutische Institutsambulanz einer ständig anwachsenden Kaskade gesetzlicher und administrativer Änderungen ausgesetzt. Hierzu gehört die schon erwähnte Rahmenvereinbarung von Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und gesetzlichen Krankenversicherungen von 2010 sowie die neuen Dokumentationsanforderungen im Zuge der geplanten Anpassung an die neuen psychiatrischen Entgeltsysteme im Jahre 2014.

---

<sup>3</sup> Ein Einrichtungsträger erhält keine Einzelfall bezogenen Zuwendungen mehr, sondern ein globales Budget.

## Schlussfolgerungen

- Die psychiatrisch psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung ist notwendig und wird in Zukunft vor dem Hintergrund der sozialpolitischen Entwicklung noch wichtiger. Diese Behandlung ist insbesondere unter den Bedingungen eines multiprofessionellen dafür ausgebildeten Teams nicht nur möglich, sondern auch erfolgreich, aber sie ist immer noch kaum erreichbar für die Betroffenen.
- Gründe für diese Exklusion und Diskriminierung sind die Langsamkeit bzw. der hohe Zeitaufwand der Behandlung, die Schwierigkeiten der Kommunikation, d.h. auch hier der höhere Aufwand, und das Erfordernis von Expertise und Weiterbildung der Behandler, was beides nicht ausreichend honoriert wird.
- Auf der subjektiven Seite, der Behandler spielt das Erleben oder die Assoziation von Fremdheit, Andersartigkeit und Anderssein eine große Rolle. Auch Ärzte und Psychologen haben in dieser Weise Angst, in Kontakt zu treten, sich einzulassen, der Gefahr ausgesetzt zu sein, etwas nicht zu können oder etwas nicht zu verstehen. Diese Punkte führen im Ergebnis zur Abgrenzung und Ausgrenzung, teils auch zur Reaktivierung alter Vorurteile, wie das der mangelnden Psychotherapiefähigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung.
- Insgesamt kann man realistisch feststellen, dass die Ausgangslage von 1999 auch die heutige Lage ist. Die UN-Konvention mit ihrem Artikel 25 zur gleichen, aber auch die Besonderheit der Behinderung beachtenden Behandlung ist gerade im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich für Menschen mit geistiger Behinderung noch lange nicht eingelöst.