

3. Psychologisches Symposium am 06. November 2009 Rotenburger Werke der inneren Mission e.V.

Joachim Wienöbst: Stationäre psychiatrische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung

Eine geistige Behinderung ist kein Grund für einen Aufenthalt in der Psychiatrie!

Über diese Aussage gibt es heutzutage wenig Diskussionsbedarf. Zugleich ist damit das Vortragsthema für den größten Teil der Menschen mit geistiger Behinderung uninteressant geworden.

Das war (leider) nicht immer so:

- im 19. und 20. Jahrhundert lebten viele Menschen mit geistiger Behinderung in den "Langzeitbereichen" psychiatrischer Krankenhäuser
- 1975 waren dies noch 17.500 Personen (Enquete Bericht zur Lage in den Psychiatrien)
- inzwischen ist die Enthospitalisierung weitgehend erfolgt, zum Teil wurden dabei allerdings Wohnheime in unmittelbarer Nähe oder auf dem Gelände der Psychiatrien gegründet.

Aber ist eine geistige Behinderung ein Grund, sich nicht stationär psychiatrisch behandeln zu lassen?

Mit diesem Vortrag möchte ich Anregungen geben, wann stationär psychiatrische Behandlung sinnvoll sein kann und was eine Spezialstation an speziellen Behandlungsmöglichkeiten bieten kann.

Eine psychiatrische Behandlung ist natürlich nur erforderlich, wenn es eine psychische Krankheit oder ein psychisch bedingtes Problem gibt. Wie die folgende Tabelle zeigt, ist die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der "Normalbevölkerung" hoch.

Lebenszeitprävalenz einiger psychischer Störungen:

- Depression..... > 15 %
- Alkoholmissbrauch + Abhängigkeit..... > 10 %
- spezifische Phobie..... > 10 %
- Panikstörung..... ≈ 3 %
- Zwangsstörung..... ≈ 3 %
- Borderline Störung..... ≈ 2 %
- Schizophrenie..... 1 %

(Lebenszeitprävalenz bedeutet die Wahrscheinlichkeit, Zeit seines Lebens mindestens einmal zu erkranken.)

Mit der Frage, ob das Risiko psychisch zu erkranken bei Menschen mit geistiger Behinderung ähnlich hoch ist, beschäftigten sich in den letzten Jahrzehnten mehrere Forschergruppen. Deb und andere untersuchten 2001 in South Wales (Vale of Glamorgan) alle Personen mit einer geistigen Behinderung (120 Menschen). Dabei setzten sie standardisierte Fragebögen ein (PAS-ADD (Psychiatric assesment schedule for adults with developmental disability, Moss et al. 1993) bzw. Mini-PAS-ADD + 11 Personen mit dem DASH (Diagnostik assesment for the severely handycapped, Matson et al. 1991)).

Punktprävalenzen psychischer Störungen:

	Menschen mit geistiger Behinderung Deb et al. 2001	„Normalbevölkerung“ ICD 10 Diagnosen Meltzer et al. 1995
Total	22,2 % (14,4% ICD 10)	16 %
Schizophrenie	4,4 % (ICD 10)	0,4 %
Depressive Störung	2,2 % (ICD 10)	2,1 %
Bipolare Störungen	2,2 %	0
Phobien	4,4 % (ICD 10)	1,1 %
Zwangsstörung	1 %	1 %

(Punktprävalenz bedeutet die Häufigkeit einer psychischen Erkrankung in einer Personengruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt.)

Andere Studien zeigen ein ähnliches Bild. Lund (1985) fand bei einer repräsentativen Stichprobe von 302 Erwachsenen mit leichter bis schwerster geistiger Behinderung in Dänemark eine Gesamtprävalenz psychischer Störungen von 28%.

Menschen mit geistiger Behinderung sind also nicht weniger häufig krank als normal intelligente Menschen und sie erkranken an den gleichen Erkrankungen. Möglicherweise ist das Erkrankungsrisiko sogar etwas erhöht.

Letztendlich sind diese Ergebnisse nicht verwunderlich. Denn: Warum sollte eine geistige Behinderung davor schützen, psychisch zu erkranken? Zudem bestehen für Menschen mit geistiger Behinderung zusätzliche Risikofaktoren:

- die für geistig Behinderte problematische Sozialisationsstruktur erhöht das Risiko psychisch zu erkranken (Benachteiligung in der Gesellschaft)
- geistig Behinderte habe weniger Coping - (Bewältigungs-) Ressourcen
- es besteht möglicherweise eine Schädigung des Gehirns

Geht man von ungefähr 500.000 Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland aus (Positionspapier der DGPPN) und schätzt die Punktprävalenz auf ungefähr 10% bis 15% wären aktuell 50.000 bis 75.000 Menschen mit einer in Deutschland psychisch erkrankt.

Unter dem Oberbegriff psychische Krankheit verbergen sich sehr verschiedene Krankheiten, die in ihrer Schwere sehr unterschiedlich sind.

Nicht bei jeder Störung ist eine stationäre Behandlung erforderlich.

Die Frage ist also: Wann macht eine psychische Erkrankung einen stationären Aufenthalt erforderlich?

Gründe für eine stationär-psychiatrische Behandlung:

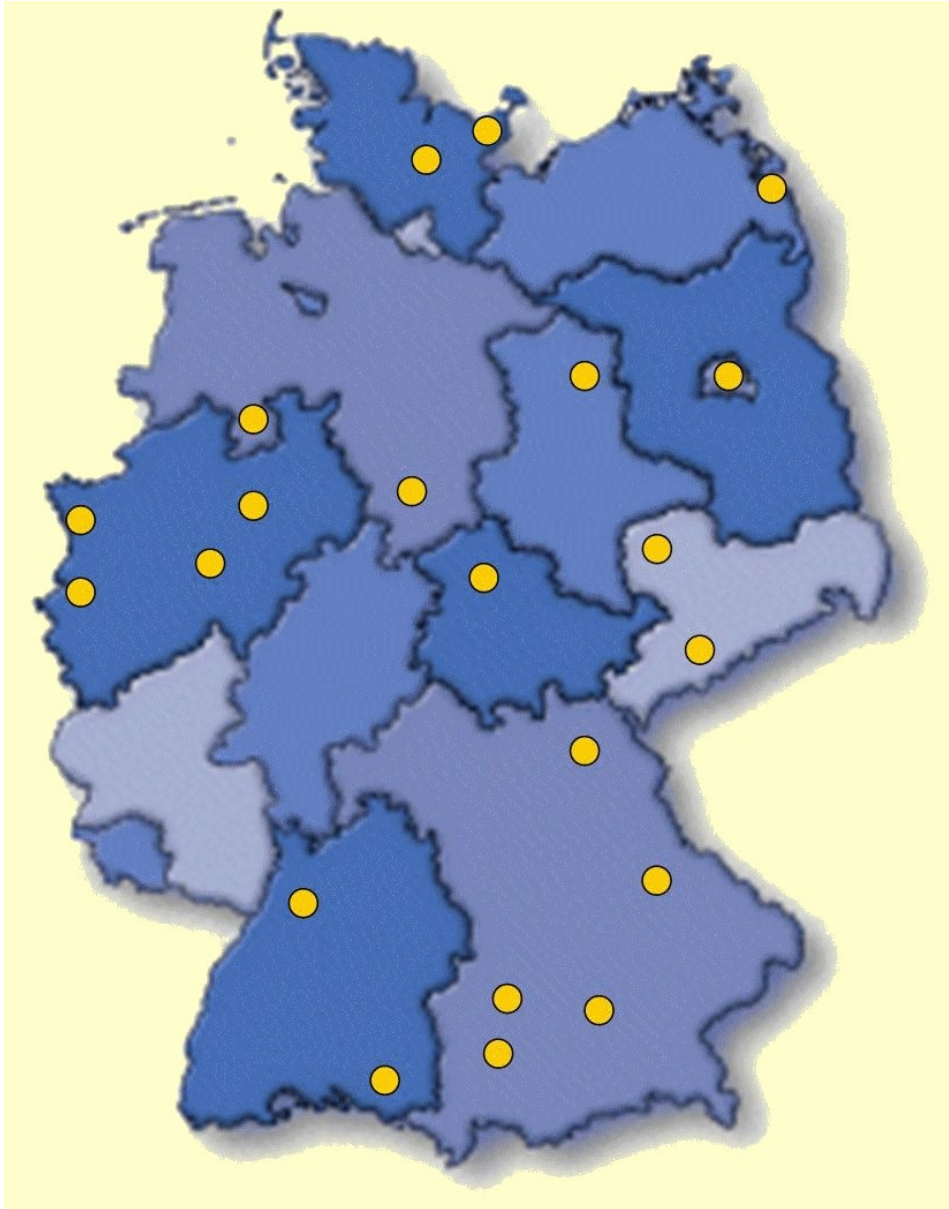
- es besteht eine akute Eigengefährdung (z.B. durch Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, Verwahrlosung, katatone Zustandsbilder, Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung)
- fremdgefährdendes Verhalten (wenn nicht primär strafrechtlich relevant)
- die Symptomatik gefährdet nachhaltig das soziale Zusammenleben, es besteht die Gefahr der „Ausgrenzung“
- die diagnostische Einordnung der Symptomatik ist unklar (z.B. unklare psychiatrische Diagnose, Frage der situativen Auslösung, unklare Funktionalität der Symptomatik)
- es stellt sich trotz ambulanter Behandlungsversuche keine Besserung der Symptomatik ein

Bei Menschen, die in einer engen Betreuung, z. B. in einem Heim leben, kann unter Umständen lange oder ganz auf eine stationäre Einweisung verzichtet werden. Ein durch eine psychische Erkrankung bestehendes Risiko zur Verwahrlosung wird in einem Wohnheim "automatisch" aufgefangen. Die Toleranz gegenüber aggressiven und sozial übergriffigen Verhaltensweisen ist oft höher.

Was kann eine stationär-psychiatrische Behandlung bieten?

Auf der Internetseite der Arbeitsgruppe geistige Behinderung der Bundesdirektorenkonferenz (Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie) finden sich die Adressen von 21 Spezialstationen.

Abb. Übersichtskarte Spezialstationen:



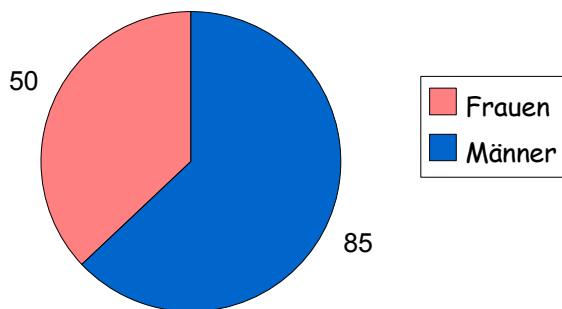
Eine dieser Spezialstationen befindet sich im AMEOS Klinikum Osnabrück. Von Oktober 1999 bis zum Februar 2009 hatte ich die therapeutische Leitung dieser Station. Meine Ausführungen über Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung beziehen sich im wesentlichen auf meine Erfahrungen in dieser Tätigkeit. Deshalb stelle ich die Station kurz vor. Das AMEOS Klinikum Osnabrück ist ein regionales Zentrum für psychische Gesundheit. Auf 17 Stationen und mehreren Tageskliniken werden insgesamt 350 Behandlungsplätze vorgehalten. Die Station O2 bietet 16 "Betten" zur Behandlung psychischer Erkrankungen bei Menschen mit zusätzlicher Intelligenzminderung.

Station O2:

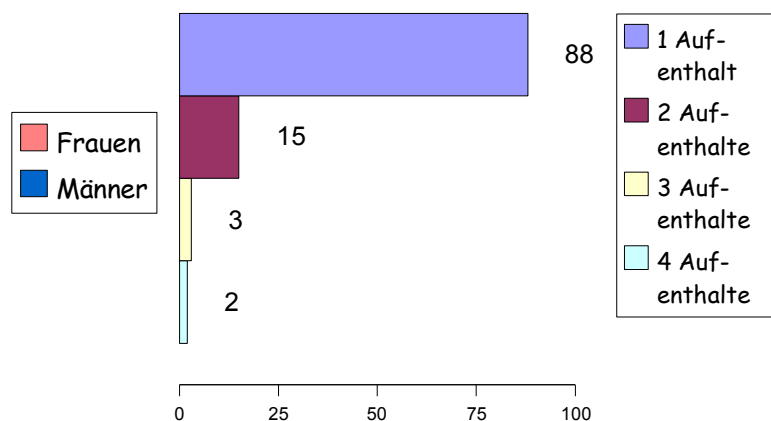
- geschlossene Station mit 16 Behandlungsplätzen
- 2008 wurden auf der Station O2 insgesamt 108 PatientInnen behandelt (135 Aufnahmen).
- die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 40 Tage
- Grad der Intelligenzminderung:

Lernbehinderung	11 %
leichte Intelligenzminderung	70 %
mittelgradige Intelligenzminderung	15 %
schwere Intelligenzminderung	4 %

Geschlechtsverteilung



Anzahl der Aufenthalte



Behandlungsdiagnosen:

- Schizophrene und wahnhaftige Störungen..... 33 %
- Verhaltensstörungen..... 21 %
- Depressive Störungen..... 19 %
- Emotional instabile Persönlichkeitsstrg..... 7 %
- Bipolare affektive Störungen..... 5 %
- ADHS..... 5 %
- Zwangsstörungen..... 4 %

- viele Patienten haben eine Zweitdiagnose: z.B. Autismus, Demenz, Alkoholmissbrauch

Was kann eine Spezialstation zur Behandlung beitragen?

1. Leider nicht eine besonders üppige Personalausstattung! Wie auf fast allen Spezialstationen richtet sich auch in Osnabrück die Personalmenge nach der Psychiatrie-Personal-Verordnung für Erwachsene und diese berücksichtigt nicht den besonderen Betreuungsbedarf dieser Personengruppe. Günstiger und angemessener wäre eine Personalbemessung wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Personalstruktur der Station O2:

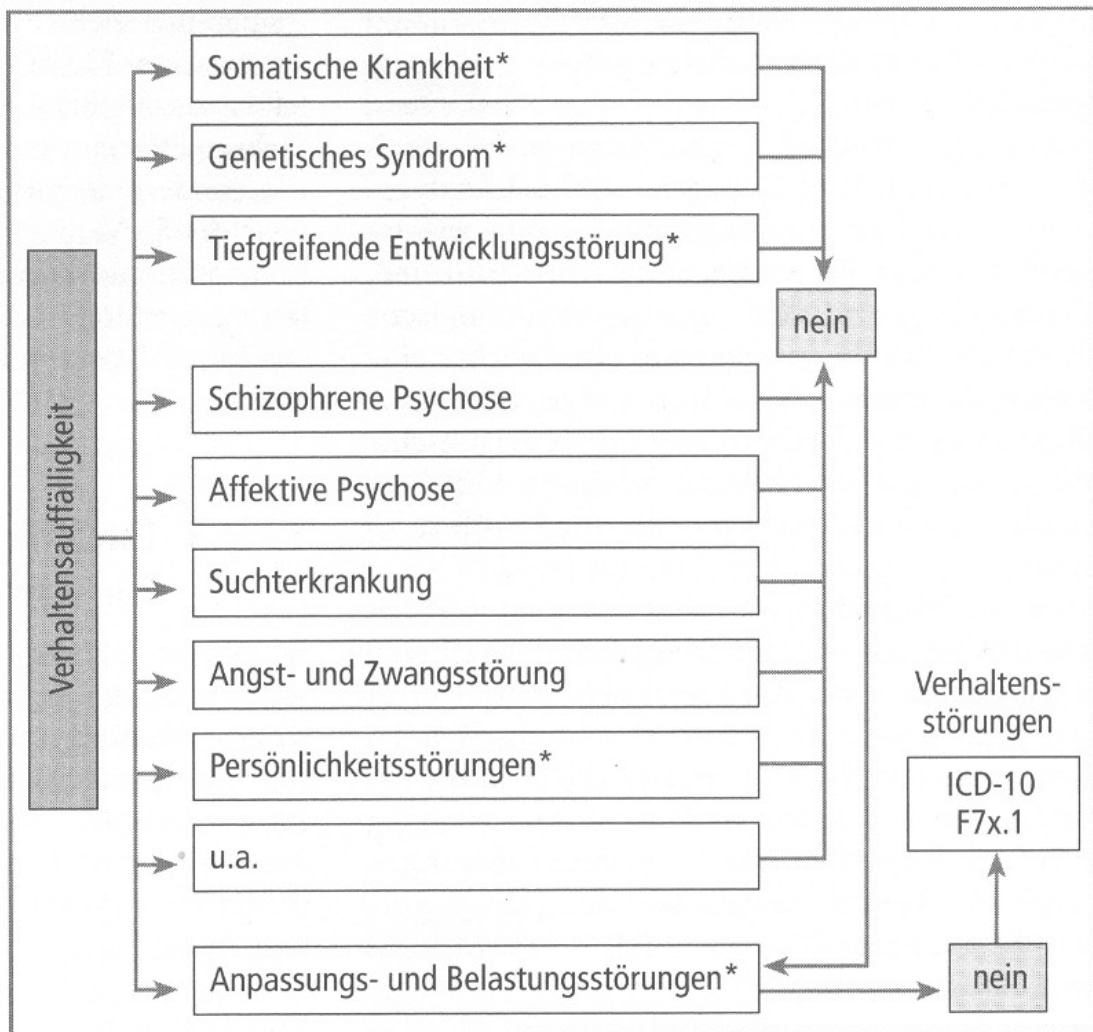
Krankenpflegepersonal:	11,75 Stellen
Heilerziehungspflegerin	1,0 Stellen
Erzieherin	1,0 Stellen
Psychologin	0,8 Stellen
Ärztin	0,5 Stellen
Ergotherapeutin	0,5 Stellen
Sozialarbeiter	0,5 Stellen

2. Schutz bei Selbstgefährdung und Aggression: Die geschlossene Station bietet unter Umständen mehr Schutz als im Wohnheim möglich ist. In Krisen stehen verschiedene Maßnahmen zur Verfügung (z. B. Notfallpieper, Notfallmedikation, etc.)
3. Expertenwissen: Wie in anderen Bereichen der Medizin ist Erfahrung (ausreichend Fallzahlen) hilfreich, um gut diagnostizieren zu können (Bsp.: Krebsvorsorgeuntersuchungen) Die Diagnostik psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung ist aus

verschiedenen Gründen schwieriger als bei normal intelligenten Menschen:

- Probleme können von den Betroffenen nicht geäußert werden, Sprachprobleme, eingeschränkte Reflektionsmöglichkeiten („underreporting“)
- Symptome werden als Bestandteil der geistigen Behinderung fehlinterpretiert („overshadowing“)
- geistig Behinderte haben andere typische Symptome (z.B. bei Depression)

Auf der Station wird versucht soweit wie irgend möglich das Prinzip "Erst diagnostizieren, dann behandeln." einzuhalten. Analog zum Vorgehen von Schanze werden dabei systematisch diagnostische Einordnungen geprüft.



© Chr. Schanze, 2007

3. Multiprofessionalität: Die verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Psychologe, Pflegekräfte, Ergotherapeuten) arbeiten sehr eng zusammen. Beobachtungen werden schnell ausgetauscht. Es findet - insbesondere in der diagnostischen Phase - eine "ständige" Verhaltens- und Problemanalyse statt.
4. Der Ortswechsel ist eine diagnostische und therapeutische Chance. Die Situationsabhängigkeit von Verhaltensweisen lässt sich beobachten. Das Neu- bzw. Umlernen gelingt an neuen Orten schneller.
5. Verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramme können eingesetzt und unter enger psychotherapeutischer und ärztlicher Supervision zeitnah angepasst werden. Der geschlossene Stationsrahmen erleichtert hier zum Teil die Kontrolle und schafft psychiatriespezifische Anreize ("Ausgang").
6. Erfahrung in der medikamentösen Therapie psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung: Spezielle Risiken und Multimorbidität erschweren oft die medikamentöse Behandlung. Bei ausgeprägt aggressiven Störungsbildern braucht es oft viel Mut, die Medikation zu reduzieren oder abzusetzen. Wirkungen und Nebenwirkungen werden durch das geschulte Personal schnell erfasst, Anpassungen sind zeitnah möglich.
7. Es kann eine hochfrequente psychotherapeutische Behandlung erfolgen. Manche Menschen mit geistiger Behinderung profitieren mehr von kurzen täglichen Therapieeinheiten als von wöchentlichen 50-minütigen Sitzungen.
8. Durch die therapeutische Vielfalt (Ergo-, Sport-, Reit-, Kunsttherapie) ist eine individuelle Therapiegestaltung möglich. Neben störungsspezifischen Ansätzen werden hier selbstwertstabilisierende Maßnahmen durchgeführt.

Literatur

- Chr. Schanze (2007): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung (mit DVD) Schattauer Verlag
- F. Häßler & J.M. Fegert (2005): Geistige Behinderung und seelische Gesundheit, Schattauer Verlag
- A. Dosen (1997): Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen, Gustav Fischer Verlag
- Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung edition bentheim - Zeitschrift, erscheint zweimal jährlich
- Materialien der DGSGB, www.dgsgeb.de
Redaktion: Prof. Dr. Klaus Hennicke

Kontakt: J. Wienöbst, Diplom-Psychologe & Psychotherapeut
Psychotherapeutische Praxis, Lerchenstr. 142, 49088 Osnabrück
Tel: 0541 / 999 83 98, E-Mail: praxis.wienoebst@web.de

Station O2: Dipl. Psychologin Evelyn Morgenroth, AMEOS Klinikum Osnabrück,
Knollstr. 31, 49088 Osnabrück, Tel: 0541 / 313-0 bzw. 313-560,
E-Mail: emor.psy@osnabrueck.ameos.de, www.ameos.eu