

Miteinander

leben

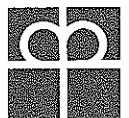
Hilfen für Menschen
mit Behinderungen

Allgemeine Empfehlungen zur Hilfe für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung oder Behinderung

Arbeitsgemeinschaft Evang. Behindertenhilfe
im Diakonischen Werk Bayern

MIT LEIB UND SEELE

Ihre
Diakonie



**Allgemeine Empfehlungen zur Hilfe für
erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung
und psychischer Erkrankung oder Behinderung**

**Erarbeitet von der Arbeitsgruppe "Doppeldiagnose"
des Arbeitskreises der Diplom-Psychologen
in Behinderteneinrichtungen des Diakonischen Werkes Bayern**

**verabschiedet von der Mitgliederversammlung
der Arbeitsgemeinschaft Evang. Behindertenhilfe in Bayern
am 10. Mai 1995**

Inhaltsübersicht

1. Vorbemerkung
2. Personenkreis
3. Problemaufriß
4. Empfehlungen
 - 4.1. Pädagogisch-therapeutische Konzeption
 - 4.1.1. Orientierung am Normalisierungs-, Autonomie- und Partizipationsprinzip
 - 4.1.2. Alltagsgestaltung
 - 4.1.3. Diagnostischer Prozeß
 - 4.1.4. Therapeutisch-Pädagogische Angebote durch Fachdienste
 - 4.1.5. Supervision
 - 4.1.6. Krisenkonzept
 - 4.1.7. Zusammenarbeit mit Angehörigen und Betreuern
 - 4.1.8. Ambulante ärztliche Versorgung
 - 4.2. Institutioneller Bereich
 - 4.2.1. Gruppengröße
 - 4.2.2. Gruppenzusammensetzung
 - 4.2.3. Wohnen
 - 4.2.3.1. Einzelwohnen z. B. Appartements
 - 4.2.3.2. Wohnen in Gruppen
 - 4.2.4. Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungssituation
 - 4.2.5. Mitarbeitende
 - 4.3. Verbund regionaler Hilfesysteme
 - 4.3.1. Komplementäre Dienste
 - 4.3.2. Regionale Beratungsstelle
 - 4.4. Erste Schritte der Umsetzung

1. Vorbemerkung

Angeregt durch das Symposium "Psychisch krank und geistig behindert" 1992 in Braunschweig entstand der Arbeitskreis "Doppeldiagnose", der ursprünglich zum Ziel hatte, Möglichkeiten eindeutiger und differenzierter klinisch-psychiatrischer Diagnosen bei Menschen mit geistiger Behinderung zu eruieren. Die herkömmlichen Diagnostika versagen mit zunehmendem Grad der geistigen Behinderung, was eine exakte Betreuungs- und Therapieindikation unmöglich macht. Da die Prävalenzrate jedoch steigt (MENOLASCINO, 1989), der Hilfebedarf enorm ist und die diagnostische Frage im Moment unlösbar scheint, konzentrierte sich der Arbeitskreis auf die durch diesen Personenkreis hervorgerufenen Anforderungen an die Betreuung und Förderung der betroffenen Menschen. Da geistig behinderte Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. Behinderung offensichtlich rasch die Grenzen der Belastbarkeit einer Einrichtung aufzeigen, wurden weiterhin Möglichkeiten der Zusammenarbeit der verschiedenen beteiligten Institutionen besprochen. Die Öffentlichkeit und die Kostenträger müssen dahingehend sensibilisiert werden, daß solche Menschen eine fachlich angemessene u. U. kostenintensivere Betreuung benötigen. Bisherige Erfahrungen in verschiedenen Einrichtungen diakonischer Behindertenhilfe in Bayern zeigen ermutigende Ergebnisse. Entsprechende personelle und räumliche Rahmenbedingungen ermöglichen eine langfristige Betreuung von Menschen mit starken Verhaltensauffälligkeiten und eröffnen ihnen neue Lebensperspektiven.

2. Personenkreis

Nach dem Stand des gegenwärtigen Wissens besteht keine Möglichkeit, bei geistig behinderten Menschen "eine klar trennende Unterscheidungslinie zwischen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Krankheiten zu ziehen. Der Überschneidungsbereich ist sehr weit. Allerdings sollte dies nicht dazu veranlassen, alle Anstrengungen aufzugeben, zwischen diesen beiden Störungsformen zu unterscheiden. Für beide Fälle sollte gelten, daß eine multidisziplinäre Diagnostik die meisten Möglichkeiten eröffnet, eine geeignete Diagnose für die benötigte Behandlung zu erstellen... Das klinische Bild, insbesondere bei schwer Behinderten, kann durch verschiedene unspezifische Symptome, wie Regression auf kindliches Niveau, hysterieähnliche Formen und ungewöhnliche Verhaltensprobleme (HUCKER, u.a., 1979, DAY, 1990) so gefärbt sein, daß Schwierigkeiten entstehen, die diagnostischen Kriterien der großen Klassifikationssysteme zu verwenden." (DOSEN, A. in: GEADT, Ch., BOTHE, S., MICHELS, H. (Hrsg.) 1993, S 94 f.)

Die folgenden Ausführungen beziehen sich daher auf erwachsene geistig behinderte Menschen, Werkstätten für Behinderte, Förderstätten und Wohngruppen, deren normabweichende Verhaltensweisen derart massiv, intensiv und langandauernd sind, daß ein weitgehend normaler Gruppen- und Alltagsablauf nicht mehr gewährleistet und das Wohl sowohl dieser Personen, als auch der Personen ihrer Umgebung gefährdet ist.

Hierbei handelt es sich häufig um Personen mit

- zeitweiligen oder längerdauernden massiven Fremdaggressionen
- extremem Rückzugsverhalten im sozialen Bereich (u.a. autistische Rückzugstendenzen)
- akuten oder längerdauernden Krisen
- extremen psychischen oder sozialen Konflikten
- besonderer psychischer Symptomatik, wie z.B. Angstzustände, Depressivität, Suizidalität
- besondere Schwierigkeiten, den alltäglichen und gesellschaftlichen Anforderungen und Regeln gerecht zu werden und die gefährdet sind, in Verwahrlosung oder Delinquenz abzugleiten.

3. Problemaufriß

Geistig behinderte Menschen befinden sich in einer Lebenslage, deren Bewältigung besondere Anforderungen stellt. Oftmals werden sie dadurch an ihre physischen und psychischen Belastungsgrenzen gebracht. Eingeschränkte kognitive Fähigkeiten, organische bzw. körperliche Beeinträchtigungen, Krankheiten oder Behinderungen, häufigere klinische, z.T. längerfristige stationäre Behandlungen, Trennung von nahen Bezugspersonen, Heimwechsel, häufiger Verlust von Betreuungspersonen, Erfahrung von Ablehnung sind einige Bedingungsfaktoren, die die persönlichen Belastungsgrenzen überschreiten können.

Zumeist bedingen mehrere Faktoren in ihrem jeweiligen Zusammenwirken Verhaltensformen, die von der Umgebung als "störend", "auffällig" etc. etikettiert werden. Eskalieren die Schwierigkeiten im Umgang mit den o.g. Personen in den Einrichtungen, stoßen die Mitarbeitenden rasch an die eigenen Belastungsgrenzen, so daß wegen fehlender Alternativen Ausgrenzungsprozesse stattfinden müssen. Isolierung fremdaggressiver Personen, medikamentöse Ruhigstellung oder Einweisung in stationäre psychiatrische Behandlung bleiben dabei häufig als Mittel der letzten Wahl.

Entsprechend dem oben skizzierten Bedingungsgefüge ist für die Erklärung von "auffällig" bezeichnetem Verhalten und den Umgang mit geistig behinderten Menschen, die solche Verhaltensweisen zeigen, ein mehrdimensionaler Ansatz erforderlich.

In Anlehnung an BRADL (in GAEDT, Ch. u.a., 1993, S. 22 f.) ergeben sich Ansatzpunkte auf therapeutisch-pädagogisch-konzeptionellem Gebiet, im institutionellen Bereich sowie im regionalen Verbund von Hilfesystemen.

4. Empfehlungen

Einrichtungen für psychisch kranke geistig behinderte Menschen sollen die Bedingungen dafür schaffen, daß die betroffenen Personen auch in schwierigen Zeiten nicht ausgegrenzt werden, sondern in ihrer bisherigen Umgebung bleiben können. Die folgenden Empfehlungen sollen die Leitlinien dafür darstellen.

4.1. Pädagogisch-therapeutische Konzeption

4.1.1. Orientierung am Normalisierungs-, Autonomie- und Partizipationsprinzip

Einrichtungen für psychisch kranke geistig behinderte Menschen müssen sich, wie alle Einrichtungen für behinderte Menschen, orientieren am Normalisierungsprinzip, am Autonomieprinzip und am Integrations- und Partizipationsmodell, d.h. Selbstverwirklichung in sozialer Integration. Das bedeutet Integration statt zeitweiliger Ausgrenzung. Auch in Krisenzeiten soll der gewohnte Alltagsablauf erhalten bleiben, d.h. kein Ausschluß von der Werkstatt für Behinderte, Förderstätte erfolgen. Ziel muß sein, daß eine evtl. notwendige Unterbringung in therapeutischen Gruppen oder in der Psychiatrie nur vorübergehend und die Möglichkeit einer Rückkehr in die gewohnte Umgebung gegeben ist.

Dies erfordert eine subjekt- statt objektorientierte Betreuung, d.h. nicht der reibungslose Ablauf in der Einrichtung steht im Vordergrund, sondern die Orientierung an den Bedürfnissen und Entwicklungsmöglichkeiten des einzelnen und die dafür zu erbringenden Dienstleistungen.

4.1.2. Alltagsgestaltung

Eine wichtige Entlastung für Menschen mit doppelter Diagnose sind individuell abgestimmte Angebote, z.B. im Hinblick auf die Gestaltung des Tagesablaufes (Essenszeiten und -situationen, Arbeits- und Ruhezeiten) und ein auf die Person abgestimmter Umgang. Das bedeutet:

- Nutzung von persönlichen Ressourcen (Beispiel: einem Menschen mit zwanghaften Anteilen Kontrollaufgaben anbieten)
- persönliche Freiräume (z.B. keine Verpflichtung zum Teilnehmen an Gruppenaktivitäten)
- vermehrte Einzelbetreuung und -förderung
- interessante Beschäftigungs- und Freizeitangebote (auch für Personen, die von der Werkstatt für Behinderte vorübergehend ausgeschlossen sind).

4.1.3. Diagnostischer Prozeß

Um eine differenzierte Problemanalyse und eine angemessene Behandlung, Förderung und Betreuung zu gewährleisten, ist eine gründliche und aufwendige Diagnostik notwendig.

Aufgaben von Diplom-Psychologen¹ in diesem diagnostischen Prozeß sind:

- Gespräche mit der betroffenen Person über deren Situation (Gefühle wie Angst, Wünsche und Ziele)
- Gespräche mit Familienangehörigen:
Beschreibung des Verhaltens im familiären Umfeld.
Diagnose des Systems Familie (Struktur, Kommunikation, Prozesse).
Verstehen des familiären Kontextes.
Klärung der Aufträge bei der Aufnahme.
- Gespräche mit den betroffenen Mitarbeitenden:
Beschreibung des Verhaltens in der Wohn- und Arbeitsgruppe (Diagnose der Systeme, Struktur, Kommunikation, Prozesse)
- Bedürfnisanalyse
- Testpsychologische Untersuchungen
- Einbeziehung medizinischer und pädagogischer Einzelbefunde
- Biographische Daten (Fremd- und Eigenanamnese)
- Detaillierte Symptombeschreibungen
- Videoanalyse von Kommunikations- und Interaktionsprozessen
- Funktionale Analyse des problematischen Verhaltens:
Auslösende und aufrechterhaltende Faktoren (Wer profitiert von dem "gestörten" Verhalten?)
Wechselwirkungen zwischen der Person und ihrer Umgebung

Ein so gestalteter diagnostischer Prozeß ermöglicht es den Mitarbeitenden, die Psychodynamik einer Person zu verstehen. Zudem werden Hypothesen darüber entwickelt, weshalb die betroffene Person und deren Umfeld in bestimmten Situationen in Konflikt- und Problemlagen geraten. Der beschriebene diagnostische Prozeß bildet die Grundlage, auf der die Beratungs- und Behandlungsansätze entwickelt werden müssen, da sich die herkömmlichen klassisch-psychiatrischen diagnostischen Klassifikationssysteme nur in Annäherung auf Menschen mit geistiger Behinderung übertragen lassen (vgl. 2. Personenkreis).

4.1.4. Therapeutisch-pädagogisches Angebot durch Fachdienste

Ein Interdisziplinärer Fachdienst deckt in Kombination mit gründlichem diagnostischem Vorgehen ein breites Spektrum von Angeboten ab und ermöglicht auch in extrem problematischen Situationen immer neue Zugangsweisen zu schwer gestörten Menschen. Fachdienste arbeiten grundsätzlich eng mit Wohngruppen, Schulen, WiB und Förderstätten zusammen, leiten Gruppenmitarbeitende bei speziellen Behandlungstechniken an, stehen den Mitarbeitenden für Einzel- und Teambesuche zur Verfügung und bieten spezielle Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende an.

¹Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form benutzt, wobei immer Personen beiderlei Geschlechts gemeint sind.

Die therapeutisch-pädagogischen Leistungen werden erbracht von folgenden Berufsgruppen:

- Facharzt für Psychiatrie und Neurologie (in beratender und behandelnder Funktion)
- Diplom-Psychologen
- Heilpädagogen
- Sozialpädagogen
- Motopäden
- Psychomotorischen Therapeuten
- Logopäden
- Krankengymnasten
- Beschäftigungstherapeuten
- Freizeitpädagogen

Der psychologische Fachdienst koordiniert die Einzelleistungen zu einem individuellen und ganzheitlichen Behandlungskonzept.

Der Diplom-Psychologe übernimmt folgende Aufgaben in Zusammenarbeit mit dem pädagogischen Fachdienst:

- Kontakte zu Psychiatrie, Vormundschaftsgericht, niedergelassenen Ärzten, Beratungsstellen, Sozialpsychiatrischen Diensten, um bei notwendiger stationärer Behandlung die Zusammenarbeit abzustimmen und bei Bedarf der betreffenden Person und/oder deren Angehörigen eine externe Beratung zu vermitteln
- Teamberatung, Anleitung der Mitarbeitenden
- Erhöhung der Handlungskompetenz und Entlastung der Mitarbeitenden z.B. durch Aufzeigen von konkreten Schritten im Umgang mit Person
- Erläutern der Psychodynamik und/oder der Krankheitsbildung der betroffenen Person und damit das Verstehen schwer nachvollziehbarer Verhaltensweisen fördern
- Analyse und Modifikation von Bedingungsstrukturen
- Festlegung der nächsten Schritte im Umgang mit der Person
- Reflexion der Wirksamkeit bisheriger Schritte
- Anleitung der Mitarbeitenden zum Einsatz therapeutischer Elemente im pädagogischen Alltag
- Weiterbildung
- Wissensvermittlung
- Weiterentwicklung und Reflexion des Verhaltens im Umgang mit der betr. Person
- Qualitätssicherung der eigenen Tätigkeit im Hinblick auf die fachliche Angemessenheit der Maßnahmen
- Beratung von Angehörigen und Betreuern
- Erhöhung der Handlungskompetenz durch Wissensvermittlung und Aufzeigen von Handlungsmöglichkeiten, insbesondere bei Konflikten
- Initiierung von Angehörigengruppen
- Regelmäßige Information, insbesondere in Krisensituationen über aktuelle Probleme und geplante oder getroffene Maßnahmen
- Abstimmung von Verantwortlichkeiten z.B. bei stationärer Einweisung, Einrichtungswechsel etc.

- Psychotherapie
- Abhängig von Indikationsstellung, Einzel- oder Gruppentherapie
- Angemessene Supervisions- und einschlägige Fortbildungsangebote für Psychologen sowie therapeutische Zusatzausbildung

In Anlehnung an Bradl (1993) gilt es für die therapeutische Praxis zu beachten:

- die bewußte Einsicht in die nicht aufhebbare Ambivalenz psychotherapeutischen Handelns zwischen Hilfe und Anpassung
- die Öffnung des therapeutischen Settings, d.h. Orientierung auf den Alltag, Kooperation mit anderen Helfergruppen, vor allem aber Öffnung für die Integrationspraxis
- insbesondere die stärkere Integration von Psychotherapie und Beratung, d.h. problembezogene Weitergabe von Wissen und Kompetenzen von Psychotherapeuten an im Behindertenbereich tätige professionelle Helfergruppen (Fachberatung, Supervision). Zudem ist eine systematische Sichtweise erforderlich, um Wechselwirkungen zwischen der Umgebung (Mitarbeitende, Familie usw.) und der behinderten Personen zu berücksichtigen und zu beeinflussen.

4.1.5. Supervision

Innerpsychische Konflikte und Krisen behinderter Menschen manifestieren sich auch im Umgang mit Mitarbeitenden und lösen bei diesen häufig ebenfalls ambivalente Gefühle, Hilflosigkeit und Aggressionen aus. Die Reflexion der eigenen Arbeit hilft die vorhandene eigene Kompetenz wieder effektiver zu nutzen, Gegenübertragungsprozesse aufzulösen und die Kommunikations- und Arbeitsfähigkeit zu erhöhen. Supervision muß zu den Standardangeboten in Behinderteneinrichtungen gehören. Der Psychologe, der die Behandlungsmaßnahmen koordiniert, soll nicht zugleich die Supervision übernehmen.

4.1.6. Krisenkonzept

Ausgeprägte Krisen von psychisch belasteten Menschen mit geistiger Behinderung treffen in der Regel Mitarbeitende, Gruppe und die gesamte Einrichtung sehr unvorbereitet und massiv, weil häufig einerseits keine Konzepte existieren, wie diese Menschen in Ausnahmesituationen angemessen behandelt werden können, andererseits weil sie den Rahmen alltäglicher Routinen und damit verbundener Regelungen sprengen. Notwendig ist es, ein einrichtungsinternes Krisenkonzept im voraus zu erarbeiten, das Ausgrenzungsprozesse weitgehend verhindern und eine fachlich qualifizierte Behandlung der betroffenen Person sicherstellen kann.

4.1.7. Zusammenarbeit mit Angehörigen und Betreuern

Zur Abstimmung von gemeinsamen Betreuungskonzepten und unterschiedlichen Verantwortlichkeiten im einzelnen ist die regelmäßige Zusammenarbeit mit Familienmitgliedern, Verwandten und Betreuern unabdingbar und sollte von der Einrichtung aus organisiert werden.

4.1.8. Ambulante ärztliche Versorgung

Eine regelmäßige konsiliarische ärztliche Versorgung ergänzt die interdisziplinäre Behandlung innerhalb der Einrichtung und kann zu einer fachlichen Beratung der Mitarbeitenden beitragen.

4.2. **Institutioneller Bereich**

In Einrichtungen der Behindertenhilfe werden behinderte Menschen im Wohn- und Arbeits- sowie im Freizeitbereich in der Regel in Gruppen betreut. In diesem Zusammenhang sind die folgenden Aspekte bei Menschen mit doppelter Diagnose besonders zu bedenken:

4.2.1. Gruppengröße

Menschen mit doppelter Diagnose sind in besonderer Weise auf belastungsfähige zwischenmenschliche Beziehungen angewiesen. Deshalb sollte die Zahl der Mitglieder in ihren Wohn-, Arbeits- und Fördergruppen prinzipiell niedriger sein. Die Mitarbeitenden und alle Gruppenmitglieder haben so die Gelegenheit, sich auf wenige, intensive Beziehungen zu konzentrieren.

4.2.2. Gruppenzusammensetzung

Die grundsätzliche Frage nach der Bevorzugung von homogenen Gruppen (z.B. ausschließlich Personen mit Doppeldiagnose) oder gemischten Gruppen kann in jeder Einrichtung nur individuell beantwortet werden. Als Leitlinie sollte jedoch gelten, daß der Integration Vorrang vor der Ausgrenzung gegeben wird.

Homogene Gruppen ermöglichen aufgrund eines höheren Pflegesatzes und besseren Personalschlüssels eine individuell abgestimmte Förderung und Therapie. Vermehrte Einzelkontakte und Rückzugsmöglichkeiten sind gegeben. Konflikte können u.U. frühzeitig erkannt und gelöst werden. Die Mitarbeitenden sind mit Krisensituationen besser vertraut und auf diesen Personenkreis besser eingestellt. Eine intensive Begleitung durch Fachdienste ist möglich. Mitarbeitende von homogenen Gruppen sollen nur ausgebildete Kräfte sein.

Nachteile homogener Gruppen:

- Gefahr der Gruppenansteckung und schnellerer Eskalation von Konflikten
- Ausgrenzung und Etikettierung der Gruppenmitglieder
- die Reintegration in eine normale Gruppe ist erschwert
- die hohen Kosten erfordern eine Dauerbelegung, die der Zielsetzung einer baldigen Wiedereingliederung widerspricht
- niedrigere Schwelle, problematische Personen, die die Alltagsroutinen in Frage stellen, aus der regulären Gruppe abzugeben.

In **heterogenen Gruppen** besteht die Gefahr, daß sich psychisch gestörte Menschen selbst sozial isolieren und isoliert werden. Die Aufmerksamkeit konzentriert sich u.U. auf eine Person, wodurch die anderen Bewohner öfter benachteiligt bzw. gestört werden. Die Handlungsspielräume der Mitarbeitenden sind erheblich eingeschränkt. Andererseits können hier weniger gestörte Gruppenmitglieder mithelfen, Konflikte und gestörtes Verhalten psychisch Kranker zu regulieren. Lernen am positiven Modell ist möglich. Durch einen gesplitteten Pflegesatz (erhöht für schwer gestörte Gruppenmitglieder) sollte auch in heterogenen Gruppen mehr Einzelbetreuung möglich sein. Falls eine stationäre psychiatrische Behandlung unbedingt notwendig ist, ist die Ausgrenzung zeitlich überschaubar und weniger gravierend als die Aufnahme in eine homogene Gruppe. Eine Reintegration ist leichter möglich.

4.2.3. Wohnen

Insbesondere geistig behinderte Menschen mit psychischen Krankheiten oder Behinderungen brauchen individuell abgestimmte Wohnkonzepte, die auch flexibles Handeln der Mitarbeitenden ermöglichen.

Da durch räumliche Enge vermehrt Konflikte entstehen, sollten die Räume großzügig sein, ohne unübersichtlich zu wirken. Einzelzimmer und Appartements bieten Rückzugsmöglichkeiten, eine Untergliederung der Tagesräume in Gemeinschafts-, Ruhe- und reizarme Räume trägt zur Entspannung und zum Wohlbefinden bei.

Die Bewohner sollten nach Möglichkeit ihre Persönlichkeit bei der Ausgestaltung der Räume einbringen können. Das gleiche gilt für Arbeits- und Schulräume. Die Umgebung sollte auf die elementaren Wahrnehmungsbereiche, auf die die betroffenen Menschen mehr als andere angewiesen sind, individuell abgestimmt werden. Eine geplant erlebbare, hörbare, tastbare Außenwelt vermittelt mehr Sicherheit und Orientierung, die Lebensqualität wird erhöht.

Den unterschiedlichen Bedürfnissen entsprechend sollten neben Wohngruppen noch verschiedenartige andere Wohnformen angeboten werden, z.B. Appartements, Außenwohngruppen, betreutes Wohnen.

4.2.3.1. Einzelwohnen, z.B. Appartements

Die strukturelle Selbstverständlichkeit des Wohnens in Gruppen ist grundsätzlich und kritisch zu hinterfragen. Insbesondere kann Gruppenfähigkeit bei Menschen mit psychischen Krankheiten und Störungen nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Vermehrt sind Erfahrungen notwendig, welche Chancen individuelle Wohnformen gerade für diesen Personenkreis bieten können. (Wohnformen, z.B. Appartements, Einzelwohnungen innerhalb und außerhalb des Einrichtungsgeländes.

4.2.3.2. Wohnen in Gruppen

Das Wohnen in familienähnlichen Gruppen stellt ein Lernfeld für Kontaktverhalten und Anpassung in die soziale Lebensgemeinschaft dar, die insbesondere für Kinder und Jugendliche unabdingbar ist. Das Zusammenleben in einer Wohngruppe hat aber auch für Erwachsene Vorteile, die je nach Bedarf genutzt werden sollten:
Soziale Kontaktmöglichkeiten und Austausch im Gespräch, Lernfeld für Konfliktbewältigung und Kooperation, Anregung und Hilfestellung durch andere Mitbewohner usw.
Wohnformen: z.B. Heim, Wohngemeinschaften, Außenwohngruppen

4.2.4. Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungssituation

- Arbeitsplatzsituation und -gestaltung (Abschirmung, Ruhezonen, "arbeitsberuhigte Zonen", Abwechslung, Dauer, Anforderungsniveau)
- Differenzierte Möglichkeiten der Betätigung, z.B. die Mitarbeit im Gartenbau, in der Landwirtschaft usw.
- auf die jeweiligen Fähigkeiten abgestimmte Anforderungen
- flexible Handhabung von Arbeits- und Förderzeiten sowie der Pausen
- vermehrte Einzelbetreuung und Förderung
- genügend Möglichkeiten zur Entlastung und Prävention von Konflikten
- persönliche Freiräume

4.2.5. Mitarbeitende

Um den Problemen der Überforderung von Mitarbeitenden entgegenzuwirken, sollen folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Erhöhung des Personalschlüssels und damit die Möglichkeit zu personalintensiverer Betreuung
- überwiegend berufserfahrene Mitarbeitende
- gründliche Einarbeitung neuer Mitarbeitender
- angemessene Bewertung der Tätigkeit
- zu dem pädagogischen oder pflegerischen Grundberuf Gelegenheit und Angebot zu spezieller Fortbildung, um die fachliche Kompetenz im Umgang mit psychisch kranken geistig behinderten Menschen zu erweitern
- regelmäßige Supervision
- Einschränkung der Mitarbeiterfluktuation auf ein Mindestmaß (.B. keine Praktikanten, ZDL, Schüler usw.)
- multiprofessionelle Zusammensetzung, z.B. Heilerziehungspfleger, Erzieher, Psychiatriepfleger usw., um möglichst vielen Aspekten auffälligen Verhaltens adäquat begegnen zu können
- Rahmenbedingungen, die die Handlungsspielräume der Mitarbeitenden erhöhen und Eigenverantwortlichkeit fördern, z.B. flexibel gestalteter Tagesablauf, flexible Dienstplangestaltung, Sabbatjahr u.ä.
- interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Einrichtung und über deren Grenzen hinaus, z.B. mit Fachdiensten, Schulen, Tages- und Förderstätten, Werkstätten für Behinderte u.a. (vgl. Punkt 4.3.1. Komplementäre Dienste).

4.3. Verbund regionaler Hilfesysteme

4.3.1. Komplementäre Dienste

Komplementäre Dienste umfassen die psychiatrischen Einrichtungen (Tages/Nachtkliniken, Ambulanz, stationäre Einrichtungen, Sozialpsychiatrische Einrichtungen und Beratungsstellen, niedergelassene Ärzte und Therapeuten, wie z.B. Psychotherapeuten, Krankengymnasten, Motopäden, Logopäden usw.).

Um die Angebote optimal nutzen zu können und eine gute Zusammenarbeit zu gewährleisten, ist in vielen Fällen ein besserer Informationsstand notwendig. Mehr Wissen von den Konzepten, der Arbeitsweise anderer Dienste und eine Klärung des Versorgungsauftrages sowie der Zuständigkeiten hilft Berührungängste abzubauen.

Die Einbeziehung von Vertretern komplementärer Dienste bei Fallgesprächen kann dazu beitragen, daß die Mitarbeitenden in Heimen, Tagesstätten und Werk- bzw. Förderstätten eigene Grenzen eher akzeptieren und das Hilfsangebot nutzen. Beispielsweise muß dann die Einweisung eines Gruppenmitgliedes in die Psychiatrie nicht als Versagen oder Disziplinierungsmaßnahme gesehen werden.

Ambulante Nachbetreuung durch die komplementären Dienste kommt der Fiktion eines integrierten Gesamtbehandlungskonzeptes näher und kann die Wiedereingliederung erleichtern. Für diese ist dann die Grenze zwischen den verschiedenen Institutionen nicht so scharf. Behandlungserfolge lassen sich so leichter in den Alltag transferieren.

4.3.2. Regionale Beratungsstelle

Wünschenswert ist eine regionale Beratungsstelle für geistig behinderte Menschen, deren Angehörige sowie Mitarbeitende aus Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Eine derartige Beratungsstelle kann folgende Aufgaben übernehmen:

- Zentralstelle für Information von Angehörigen über regionale Angebote der ambulanten, teilstationären und stationären Förderung und Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung sowie der Familienentlastung
- Beratung von Eltern und Familien mit geistig behinderten Angehörigen
- Fachberatung für umliegende Dienste und Institutionen (Schulen, Förderstätten, Werkstätten für Behinderte, Offene Behindertenarbeit, Heime)
- Krisendienst, Beratung für Mitarbeitende aus Einrichtungen der Region in besonderen Krisensituationen. Stationäre Krisenplätze mit kurzzeitiger Aufnahmemöglichkeit, wenn keine stationäre psychiatrische Behandlung indiziert ist
- Kurzzeiterholungseinrichtung für behinderte Menschen aus Familien und Einrichtungen (insbesondere bei Krisenintervention) der Region.

Träger einer regionalen Beratungsstelle kann ein etablierter Träger von Behinderteneinrichtungen oder ein Verbund von Trägern der freien Wohlfahrtspflege sein. Grundsätzlich sollte ein derartiger Dienst eigenständig arbeiten, doch ist aus praktischen Gründen in der Aufbauphase die Anbindung an eine bestehende Großeinrichtung überlegenswert, um bereits vorhandene Strukturen, wie z.B. Kurzzeitplätze und das Beratungsangebot von Fachdiensten nutzen zu können.

4.4. Erste Schritte der Umsetzung

- Erarbeitung einrichtungsinterner Krisenkonzepte
- Auswertung von Erfahrungen mit heterogenen und homogenen Gruppen
- Abstimmung der Träger über Angebote für Krisenplätze

LITERATUR

- DAY, K.: Depression in mildly and moderately retarded adults. In: DOSEN, A.; MENOLASCINO, F. (eds.): Depression in mentally retarded children and adults. Leiden: Logon 1990
- GEADT, Ch.,; BOTHE, S.; MICHELS, H. (Hrsg.) Psychisch krank und geistig behindert. Regionale Angebote für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung. Dortmund: Verlag modernes Lernen 1993
- HUCKER, S.J.; : (1979): Psychosis in mentally handicapped adults. In DAY, K.A.; GERORGE, S.; ROTH, M. JAMES, F.E.; SNAITH, R.P. (eds): Psychiatric illness and mental handicap. London: Gaskell Press 1979
- MENOLASCINO, F. : Overview: Promising practices in caring for the mentally retarded-mentally ill. In: FLETCHER, R.; Menolascino, F. (eds): Mental retardation and mental illness: Assessment, treatment and service for the dually diagnosed, Lexington: Lexington Books 1989