

## Fachkonzept KOMBI

**Aufsuchende ambulante interdisziplinäre Behandlung für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung**



## **Präambel**

Das vorliegende Fachkonzept lehnt sich an das Fachkonzept der Luzerner Psychiatrie an und wurde im Rahmen eines Pilotprojektes (04/17-03/18) unter Einbezug von Einrichtungen für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, dem Verband INSOS SG-AI, dem Amt für Gesundheitsvorsorge und dem Amt für Soziales erarbeitet. Es beschreibt die im Zusammenarbeitsvertrag vereinbarte Leistungserbringung der Psychiatrieverbunde des Kantons St. Gallen in den Einrichtungen.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Auftrag, Ziel und strategische Ausrichtung</b>	<b>4</b>
1.1	Auftrag	4
1.2	Ziel und Strategie	4
<b>2</b>	<b>Struktur und Organisation</b>	<b>4</b>
2.1	Ambulante Dienstleistung	5
2.2	Aufsuchende Behandlung	5
2.3	Finanzierung der ambulanten Dienstleistungen	5
2.4	Stationäre Dienstleistung	7
2.5	Anmeldung	7
<b>3</b>	<b>Zusammenarbeit</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Theoretische Grundlagen</b>	<b>8</b>
4.1	Heil- und sonderpädagogische Leitkonzepte	8
4.2	Interdisziplinäre theoretische Bezüge	8
4.3	Ethische Grundhaltung	8
<b>5</b>	<b>Kompetenzprofil, Fachkenntnisse und Qualifikationen</b>	<b>9</b>
<b>6</b>	<b>Behandlungsleitlinien</b>	<b>9</b>
6.1	Diagnostik	10
6.2	Behandlung	13
6.3	Empfehlungen der SAGB und DGSGB	16
<b>7</b>	<b>Vernetzung</b>	<b>16</b>
<b>8</b>	<b>Entwicklungsperspektive</b>	<b>16</b>
<b>9</b>	<b>Literatur</b>	<b>18</b>
<b>10</b>	<b>Anhang</b>	<b>19</b>
10.1	Heilpädagogische Grundkompetenzen	19
10.2	Glossar	22

## 1 Auftrag, Ziel und strategische Ausrichtung

### 1.1 Auftrag

Der Auftrag der aufsuchenden ambulanten interdisziplinären Behandlung für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung umfasst die ambulante und stationäre Diagnostik, Behandlung und Beratung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Störungen und deren Umfeld. Die Bezeichnung „kognitive Beeinträchtigung“ lehnt sich an die Definitionen von „geistiger Behinderung“, welche von der WHO Schweiz und Insieme Schweiz formuliert wurden und umfasst Beeinträchtigungen verschiedenster Ursachen, welche vor dem Erwachsenenalter eintreten und dauerhafte Auswirkungen auf die kognitiv-emotionale Entwicklung eines Menschen haben. Dem Auftrag liegen die Qualitätsanforderungen und Leitbilder der beiden St. Galler Psychiatrieverbunde (PV) zugrunde.

### 1.2 Ziel und Strategie

Ziel der Dienstleistung ist eine fachlich fundierte und effiziente Diagnostik, Behandlung und Beratung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Störungen. Die Einbindung der heilpädagogischen Fachkompetenz, das Wissen über entwicklungspsychologische Besonderheiten von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und die Berücksichtigung von Milieufaktoren sollen eine differenzierte, die psychiatrische Klassifikationssysteme ergänzende Interpretation von Verhaltensauffälligkeiten ermöglichen. Die vorhandenen Ressourcen im Wohn-, Arbeits- und familiären Umfeld sollen im Behandlungsprozess maximal eingebunden werden. Aus diesem Grund soll ein ambulantes und in der Regel aufsuchendes (direkt vor Ort) Behandlungssetting wann immer möglich bevorzugt werden. Auch wenn eine stationäre Behandlung indiziert ist, soll das relevante Umfeld miteinbezogen werden und am therapeutischen Prozess teilnehmen. So kann eine optimale soziale Vernetzung, eine schnelle Wiedereingliederung, eine gute Kommunikation von Behandlungs- und Lösungsansätzen und deren Nachhaltigkeit erreicht werden.

Der Schwerpunkt in der "ambulant vor stationären" Behandlung und Beratung bei dieser Patienten- und Patientinnengruppe unterscheidet sich nicht grundsätzlich von anderen Patienten- und Patientinnengruppen. Es soll jedoch eine möglichst optimale Versorgung von Patienten/innen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen durch Vernetzung mit bereits bestehenden Behandlungsangeboten gewährleistet werden. Einen besonderen Stellenwert hat die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit weiteren medizinischen Fachrichtungen, da die Ursachen von Verhaltensstörungen auch körperliche Erkrankungen sein können, welche vorrangig erkannt und behandelt werden sollten. Es gilt auch in der psychiatrischen Behandlung für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung der heilpädagogische Grundsatz „erst verstehen bevor wir handeln“. Verschiedene Formen der Unterstützten Kommunikation (UK) können bereits im diagnostischen Prozess hilfreich sein, um körperliche und psychosoziale Stressoren richtig zu identifizieren und so Fehlbehandlungen zu vermeiden.

## 2 Struktur und Organisation

Die beiden Psychiatrieverbunde Nord und Süd stellen gemeinsam ihr fachliches Wissen und Können, sowie bei Bedarf ihre Infrastruktur zur Verfügung.

Die fachliche Einbettung in die zukünftige Angebotsstruktur für dieses Spezialangebot soll beim jeweiligen Fachkompetenzverantwortlichen liegen.

Die im Netzwerk tätigen fachlichen Berufsgruppen sind:

- Fachärzte/innen für Psychiatrie und Psychotherapie (ambulant/stationär)
- Heilpädagogen/innen (ambulant/stationär)
- Psychologen/innen (ambulant/stationär)
- Psychiatrische Pflegefachpersonen (ambulant/stationär)
- Bei Bedarf und nach Verfügbarkeit auch: Ergotherapeuten/innen, Physiotherapeuten/innen, Logopäden/innen, Sozialpädagogen/innen, etc. (ambulant/stationär)

## 2.1 Ambulante Dienstleistung

In den letzten Jahren hat die Bedeutung der ambulanten Dienstleistungen zugenommen. Für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen stellen Hospitalisationen eine besondere psychosoziale Belastung dar. Daraus und um milieutherapeutische Massnahmen vor Ort durchführen zu können ergibt sich die Notwendigkeit, Hospitalisationen wenn möglich zu vermeiden und ansonsten eine schnelle Wiedereingliederung anzustreben. Die Dienstleistungen erfolgen ambulant (durch die Behandlungsteams der regionalen Psychiatrie-Zentren und Ambulatorien) und zumeist aufsuchend (direkt in den Einrichtungen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung). Folgende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten stehen zur Verfügung:

- Aufsuchende heilpädagogisch-psychiatrische Behandlungen in den Einrichtungen für erwachsene Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung
- Aufsuchende Beratung vor Ort für die Betroffenen und/oder Systeme mit präventivem Charakter
- Ambulante Nachbetreuung von hospitalisierten Patienten/innen für die Betroffenen und/oder die Teams
- Psychiatrisch-ärztliche und heilpädagogische Diagnostik, Beratung und Behandlung in den Psychiatrie-Zentren und Ambulatorien
- Entwicklungspsychologische und testpsychologische Diagnostik und Beratung
- Nutzung der allgemeinen therapeutischen Angebote der Psychiatrie-Zentren/Ambulatorien wenn indiziert und passend
- Kommunikation und Zusammenarbeit mit Hausärzten und weiteren involvierten Fachärzten
- Berichterstattung an die Zuweisenden und allfällige Teilnehmende der Konsilien

## 2.2 Aufsuchende Behandlung

Ein interdisziplinäres ambulantes Behandlungsteam umfasst eine/n spezialisierte/n Facharzt/ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und eine/n Heilpädagogen/in und ist vorwiegend aufsuchend tätig. So können Lösungen im gewohnten Umfeld und mit konkretem Alltagsbezug gefunden werden. Sprechstunden werden vor Ort in den Institutionen (Wohnheime, Wohngruppen, Beschäftigungsgruppen, Werkstätte, etc.) in regelmässigen Abständen bedarfsorientiert angeboten. Der Bedarf richtet sich nach der Grösse der Institutionen respektive der Zahl der Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten oder psychischen Störungen (z.B. wöchentliche oder zweiwöchentliche Visiten zu vereinbarten Zeiten). Durch die Regelmässigkeit kann eine Behandlungskontinuität durch die Psychiatrieverbunde gewährleistet werden und Behandlungsverläufe können längerfristig begleitet werden. Je nach Indikation können zusätzliche psychiatrische und/oder heilpädagogische Konsultationen, Interventionen, Beratungen, Teamsupervisionen und Standortgespräche/Konferenzen eingeplant werden. Das Behandlungsteam wird in dringenden Fällen durch weitere Mitarbeitende der Psychiatrie-Zentren/Ambulatorien vertreten.

Neben den Behandlungsteams werden weitere qualifizierte Mitarbeitende der Psychiatrieverbunde für die ambulante therapeutische Arbeit mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung integriert: Psychologen/innen für entwicklungspsychologische und testpsychologische Diagnostik und psychologisch-psychotherapeutische Behandlungen und spezialisierte Pflegefachpersonen für ambulante und stationäre Bezugspflege, etc. Die allgemeinen therapeutischen Angebote der Psychiatrie-Zentren/Ambulatorien können, so fern indiziert und passend genutzt werden.

## 2.3 Finanzierung der ambulanten Dienstleistungen

Die Bereitstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgung für Menschen mit Behinderung in den Zentren der Psychiatrieverbunde Nord und Süd wird anlog zur ambulanten psychiatrischen Versorgung für die St. Galler Bevölkerung primär durch die OKP finanziert. Da die Finanzierung der Behandlungskosten durch die OKP nicht kostendeckend erfolgt, leistet das Gesundheitsdepartement auf Basis von Art. 24 SPFG Beiträge zur Ausfinanzierung dieser Leistungen. Die Finanzierung der aufsuchenden ambulanten Behandlung wird nachfolgend näher ausgeführt.



### 2.3.1 Finanzierung der aufsuchenden ambulanten Behandlung

Die Bereitstellung der aufsuchenden psychiatrischen Versorgung für Menschen mit Behinderung wird primär durch die OKP finanziert. Da die Finanzierung der Behandlungskosten durch die OKP nicht kostendeckend erfolgt, leistet das Gesundheitsdepartement auf Basis von Art. 24 SPFG Beiträge zur Ausfinanzierung dieser Leistungen. Die Leistungen der Psychiatriebunde Nord und Süd sind im Zusammenarbeitsvertrag mit den spezialisierten Einrichtungen geregelt.

### 2.3.2 Finanzierung der angebotsbedingten Wegkosten

Ärztliche Wegkosten werden durch die OKP und das GD finanziert. Wegkosten des nicht-ärztlichen Personals können nicht via OKP verrechnet werden.

#### b) Objektbeiträge zur Finanzierung der Wegkosten des nicht-ärztlichen Personals

Die Restwegkosten des nicht-ärztlichen Personals werden auf der Basis von Art. 17 BehG durch das DI ausfinanziert. Es können pro Besuch einer Einrichtung maximal Fr. 100.- Wegkosten in Rechnung gestellt werden. Sie sind je Institution und Tag einmal verrechenbar. Längere effektive Wegzeiten können nicht verrechnet werden. Kürzere Wegzeiten führen zu einer tieferen Entschädigung.

#### a) Subjektbeiträge zur Finanzierung der Wegkosten des nicht-ärztlichen Personals

Heimbewohner- und -bewohnerinnen, welche aufsuchende ambulante Leistungen in Anspruch nehmen, leisten pro Konsultation einen pauschalen Eigenbeitrag von Fr. 10.- an die Wegkosten. Die Höhe des Eigenbeitrags ist vergleichbar mit den verrechneten Wegkosten bei Spitexleistungen. Bei Anspruch auf Ergänzungsleistungen gelten solche Eigenbeiträge nach Auskunft der Sozialversicherungsanstalt (SVA) vom 13. Juli 2017 gestützt auf Art. 14 der Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (VKB, sGS 351.53) als anrechenbare Kosten nach Ergänzungsleistungsrecht und sind somit bei EL-Beziehenden durch den Kanton, namentlich das Departement des Innern, gedeckt.

### 2.3.3 Abwicklung

Das Finanzierungsmodell sieht für die Abgeltung der Behandlungs- und der angebotsbedingten Wegkosten folgende Kostenträger vor:

#### 2.3.3.1 Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Die im Rahmen der interdisziplinären aufsuchenden psychiatrischen Behandlung erbrachten Leistungen werden via Tarifstruktur TARMED den Krankenversicherern verrechnet. Der Kanton St.Gallen verfügt über den schweizweit tiefsten Taxpunktwert von Fr. 0.83.-. Seit Einführung des TARMED im Jahr 2003 wurde dieser Taxpunktwert einmalig um einen Rappen erhöht.

#### 2.3.3.2 Gesundheitsdepartement (GD)

Das Gesundheitsdepartement vergütet den Psychiaterverbunden Nord und Süd aktuell für jeden ambulant erwirtschafteten Taxpunktertrag für krankenversicherte St.Gallische Patientinnen und Patienten einen auf Basis der Kostenrechnungen der Ambulatorien ermittelten Prozentsatz. Im Jahr 2018 beträgt der Kantonsanteil voraussichtlich weiterhin 73 Prozent der erwirtschafteten TARMED-Erträge. Die interdisziplinären aufsuchenden Behandlungsleistungen für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sollen analog finanziert werden.

#### 2.3.3.3 Beteiligung Bewohnerinnen und -bewohner

Der pauschale Eigenbeitrag von Fr. 10.- an die Wegkosten des nicht ärztlichen Personals pro Konsultation wird von den Psychiaterverbunden Nord und Süd den Heimbewohnern und -bewohnerinnen in Rechnung gestellt und von diesen vergütet.

#### 2.3.3.4 Behinderteneinrichtungen innerhalb Leistungsabteilung AfSO

Die Restwegkosten des nicht ärztlichen Personals werden von den Psychriatrieverbunden den Einrichtungen für Menschen mit Behinderung in Rechnung gestellt und von diesen vergütet. Die verrechenbaren Kosten sind auf maximal 100.- je Besuch je Institution begrenzt (entspricht einer Anfahrts-/Rückfahrtszeit von 30 Minuten). Die Kosten sind von der realen Leistungserbringung abhängig. Die zusätzlichen Aufwendungen der Einrichtungen fliessen in den anrechenbaren Nettoaufwand der Einrichtungen ein und sind innerhalb der derzeitigen Leistungsabteilung vom Amt für Soziales zu tragen.

## 2.4 Stationäre Dienstleistung

Ein interdisziplinäres Behandlungsteam ist auf noch zu benennenden Stationen der Kliniken Pfäfers und Wil tätig. Die fachlichen Mitarbeitenden der Stationen haben entsprechende Zusatzqualifikationen, welche dazu befähigen eine kompetente Behandlung für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung anzubieten. Der stationäre Behandlungsplan für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung unterscheidet sich vor allem durch folgende Merkmale:

- Ein/e stationär tätige Heilpädagogin/e ist fallführend am Behandlungsplan beteiligt
- Die oberärztliche und pflegerische Stationsleitung respektive deren Vertretung ist Teil des Teams und verfügt über die notwendigen Zusatzqualifikationen
- Das gesamte Stationsteam ist mit der Behandlung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung vertraut
- Eine gute Zusammenarbeit mit dem ambulanten Behandlungsteam wird gewährleistet
- Mitarbeitende der Einrichtungen und/oder Angehörige werden in den Behandlungsplan eingebunden (Standortgespräche, Teilnahme an den Therapien, Berücksichtigung von Milieufaktoren in der Wohn- und Arbeitsumgebung)

## 2.5 Anmeldung

Eine Anmeldung erfolgt schriftlich oder telefonisch über die Psychiatrie-Zentren/Ambulatorien.

Anmeldungen von Einrichtungen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sollten mit Anmeldeformular erfolgen (*"Anmeldung: Aufsuchende ambulante interdisziplinäre Behandlung für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung"*, siehe **2.4 FO Zusammenarbeitsvertrag Aufsuchende ambulante interdisziplinäre Behandlung für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung**). Dieses Formular kann aber beispielsweise auch von Familien/Privatpersonen oder zuweisenden Ärzten genutzt werden. Folgekonsultationen können unkompliziert zu Sprechstundenzeiten angemeldet werden.

Die Indikation und Anmeldung für eine stationäre Behandlung sollte wann immer möglich durch das ambulante Behandlungsteam gestellt werden (Ausnahme: notfallmässige Einweisung bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, fürsorgerische Unterbringung durch einen Amtsarzt, Kontaktaufnahme mit Triagestellen der Kliniken Wil und St. Pirminsberg). Die Ziele einer stationären Behandlung sollen in der Regel bereits im ambulanten Behandlungskontext definiert werden und das ambulante Behandlungsteam soll durch eine gute Kommunikation mit den Kliniken am stationären Behandlungsprozess teilnehmen.

## 3 Zusammenarbeit

Die ambulanten und stationären Behandlungsteams pflegen eine enge und respektvolle Zusammenarbeit mit der betroffenen Person und dessen wohn-, arbeits- und familiären Umfeld – im ambulanten wie im stationären Bereich. Unter Einbezug dieser verschiedenen Perspektiven findet ein gedanklicher und kultureller Austausch statt, welcher Lösungsmöglichkeiten eröffnet, die zu dem Lebensalltag des betroffenen Menschen passen.

Zur perspektivischen Vielfalt zählen neben der betroffenen Person selbst Personen der Wohn- und Arbeitsumgebung, die agogische Begleitung, die medizinisch-hausärztliche Versorgung sowie familiäre und sonstige Bezugspersonen.

Darüber hinaus soll eine fachliche Zusammenarbeit und ein Erfahrungsaustausch mit kantonalen Partnerinstitutionen gesucht werden, insbesondere die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste St.

Gallen und die Neuro- und Entwicklungspsychiatrie des Ostschweizer Kinderspitals. Das interdisziplinäre Behandlungsteam soll auch Ansprechpartner für die kantonalen Spitäler und weitere spezialisierte Fachstellen (z.B. die Fachstelle Autismushilfe Ostschweiz) sein.

Die Zusammenarbeit mit den Institutionen der Einrichtungen im Behindertenbereich ist in der Zusammenarbeitsvereinbarung geregelt.

## 4 Theoretische Grundlagen

Das interdisziplinäre Behandlungsteam der St. Galler Psychiatrieverbunde Nord und Süd arbeitet an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Heilpädagogik. Diese besondere Positionierung prägt die vielfältige Orientierung an Konzepten sowohl aus der Heilpädagogik und der Psychiatrie als auch aus anderen verwandten Fachgebieten.

### 4.1 Heil- und sonderpädagogische Leitkonzepte

Bei der Behandlung kognitiv beeinträchtigter Menschen mit Verhaltensstörungen kommen neben der psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie und Diagnostik heilpädagogische Methoden zum Einsatz. Eine heilpädagogische Grundhaltung wie sie beispielsweise vom Schweizer Heilpädagogen Paul Moor beschrieben wurde, sollte vom interdisziplinären Behandlungsteam getragen werden: „erst verstehen bevor wir handeln – nicht gegen den Fehler sondern für das Fehlende – nicht nur den Menschen sondern auch seine Umgebung“.

Folgende Konzepte bieten einen theoretischen Rahmen für die Integration in die Behandlung (siehe auch Anhang 10.1, "Heilpädagogische Grundkompetenzen"):

- Behinderung ("kognitive Beeinträchtigung") im Sinne der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) als ein bio-psycho-soziales Modell
- Lebensqualität als übergreifendes Konzept
- Normalisierung, Integration und Partizipation
- Empowerment nach Theunissen
- Konzept der emotionalen Entwicklung (SEO, „Schaal voor emotionele Ontwikkeling“) nach A. Došen
- Personenzentrierter Ansatz nach M. Pörtner
- Entwicklungsfördernde Beziehungsgestaltung nach B. Senkel
- Positive Verhaltensunterstützung nach Theunissen
- TEACCH-Konzept (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children)
- Unterstützte Kommunikation
- Sensorische Integration nach Jean A. Ayres

### 4.2 Interdisziplinäre theoretische Bezüge

- Konzepte aus der Medizin und Pflege (Gesundheit, Salutogenese, Vulnerabilitätskonzept, Aggressionsmanagement, Validation etc.)
- Fachwissen über Formen kognitiver Beeinträchtigung, psychiatrische Störungsbilder, Syndrome
- Konzepte aus der Psychologie und Psychotherapie (Entwicklungspsychologie, Lerntheoretische Modelle, Psychoanalyse, personenzentrierte Therapie, verhaltenstherapeutische Ansätze etc.)
- Konzepte aus der Sozialen Arbeit/Sozialpädagogik (Sozialtherapie, Helferkonferenz, Case Management, Diversity, Lebensalter/Lebenslage, Genderaspekte etc.)
- Konzepte aus der Soziologie (Theorien über abweichendes Verhalten/Delinquenz, systemtheoretische Ansätze, Stigmatisierung etc.)
- Systemansatz

### 4.3 Ethische Grundhaltung

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind lebenslang lern- und entwicklungsfähig.



Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben dieselben Menschenrechte wie Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen entsprechend dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention). Erwachsene Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden erwachsenengerecht behandelt und in ihren Bedürfnissen ernst genommen.

## 5 Kompetenzprofil, Fachkenntnisse und Qualifikationen

### Fachkenntnisse und Qualifikationen

Neben der jeweiligen fachlichen Grundkompetenz, welche die Berufsgruppen mitbringen, sind zusätzliche Qualifikationen, die dazu befähigen sollen die spezifischen Bedürfnisse und die besondere Situation von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zu berücksichtigen, notwendig. Dazu zählt eine Kenntnis über heil- und sonderpädagogische Leitkonzepte, interdisziplinäre theoretische Bezüge, Besonderheiten im diagnostischen Vorgehen, Wissen über spezifische diagnostische Verfahren, Wissen über vorhandene diagnostische Behandlungsleitlinien und Wissen über gängige agogischen Kompetenzen und Leitkonzepte. Für den Einstieg für alle Berufsgruppen kann das Arbeits- und Praxisbuch "Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung", 2. Auflage, Schattauer, 2014 von Christian Schanze und auch das Fachbuch „Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung: Ein Integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene“, Hogrefe, 2010 von Anton Došen empfohlen werden. Anhand der Literaturangaben ist ein vertiefendes Studium möglich.

### Kompetenzprofil

- Breit fundiertes Fachwissen aus den Bereichen der Heilpädagogik, Entwicklungspsychologie und Psychiatrie
- Beratungskompetenzen
- Diagnostische Kompetenzen
- Therapeutische Kompetenzen

Als fachliche Entwicklungsmassnahmen sind externe und interne Weiterbildungen, Supervisionen und die Teilnahme an Fachgremien zwingend erforderlich. Verschiedene Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten werden in der Schweiz und den europäischen Nachbarländern angeboten.

Eine Auswahl mit Weblinks ist hier aufgelistet:

- Schweizerische Arbeitsgemeinschaft von Ärzten für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (SAGB), [www.sagb.ch](http://www.sagb.ch)
- Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik (HfH), [www.hfh.ch](http://www.hfh.ch)
- Deutsche Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (DGMGB), [www.aemgb.de](http://www.aemgb.de)
- Johann Wilhelm Klein Akademie (JWK), [www.jwk-akademie.de](http://www.jwk-akademie.de)
- Akademie Schönbrunn, [www.akademie-schoenbrunn.de](http://www.akademie-schoenbrunn.de)
- Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB), [www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de)
- The European Association for Mental Health in Intellectual Disability, [www.eamhid.lu](http://www.eamhid.lu)
- Royal College of Psychiatrists, Faculty of Psychiatry of Intellectual Disability [www.rcpsych.ac.uk](http://www.rcpsych.ac.uk)

## 6 Behandlungsleitlinien

Die wichtigsten Bestandteile der ambulanten und stationären Behandlung bilden Diagnostik, Therapie und Organisation der Nachbetreuung.

Neben der S3-Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen der DGKJP und DGPPN wird im Folgenden auf die Diagnostik und Behandlungsempfehlungen der SAGB und der DGSGB wie auch auf die im Kapitel 5 erwähnten Lehrbücher von Došen und Schanze aufmerksam gemacht.

## 6.1 Diagnostik

Diagnostisch sind bei Menschen mit Intelligenzminderung folgende Aspekte besonders zu beachten: Der Auftrag zur Diagnostik und Behandlung geht meist von den Bezugspersonen aus. Die Exploration ist durch Einschränkungen in der Kommunikation und der Introspektionsfähigkeit deutlich erschwert.

Dementsprechend erhält die Fremdanamnese im Vergleich zur subjektiven Schilderung der Beschwerden eine deutlich höhere Gewichtung. Zudem muss von einer deutlich verlängerten Explorationsdauer (z.T. als Folge einer verminderten Kooperationsbereitschaft) ausgegangen werden.

Die Interpretation der Verhaltensauffälligkeiten beinhalten diagnostisch-methodische Probleme wie "Overshadowing", "Baseline Exaggeration", "Underreporting" oder "Psychosocial Masking".

Im heilpädagogischen Kontext hat die Diagnostik zum Ziel, das (Problem-)Verhalten zu analysieren und dessen Sinn zu verstehen, förder- und entwicklungsdiagnostische Beurteilung zu erstellen sowie soziale Belastungsfaktoren zu eruieren. Dies erfolgt unter Einbezug des Umfeldes im Sinne des Helfens, Förderns, Kompensierens und des Lernens. Vor diesem Hintergrund orientieren wir uns an spezifisch heilpädagogischen Ansätzen wie Rehistorisierung und verstehende Diagnostik nach Jantzen, dem ressourcenorientierten Ansatz nach Theunissen, Förderdiagnostik nach Kobi sowie der entwicklungspsychologischen Diagnostik (Piaget, Kohlberg, Erikson, Freud, Senkel).

In der Psychiatrie hat die Diagnostik zum Ziel, somatische Erkrankungen auszuschliessen und zu klären, ob sie Symptomatik einem psychischen Störungsbild zugeordnet werden kann. Die Diagnostik erfolgt nach ICD-10. Medizinisch-psychiatrisch gilt es die Diagnose zu sichern: was kann der Patient / die Patientin, was versteht er/sie, wie kann man ihn/sie behandeln.

Im Arbeitsfeld an der Schnittstelle Psychiatrie/Heilpädagogik ist eine Integration beider Zugänge erforderlich. Den theoretischen Bezug bilden die diagnostischen Konzepte von Došen und Schanze. Die integrative und die systemische Sichtweise prägen massgebend das diagnostische Vorgehen in unserer Arbeit.

### 6.1.1 Diagnostisches Vorgehen

Das diagnostische Vorgehen erfordert ergänzend zur medizinisch-psychiatrischen Diagnostik, ggf. eine psychologische Diagnostik (v.a. im Hinblick auf die kognitive Leistungsfähigkeit und das emotionale Entwicklungsniveau). Diese können wegweisend für weitere heilpädagogische, psychiatrische, psychotherapeutische oder auch milieutherapeutische Interventionen sein.

### 6.1.2 Exploration

Je schwerer die Ausprägung einer Beeinträchtigung, desto wichtiger wird die Fremdanamnese. Im Vorfeld der Exploration gilt es daher, dem Bezugssystem Beobachtungsbogen (v.a. Došen und Schanze) zur Verfügung zu stellen und unter Umständen dessen eigene Dokumentationsmittel (Verläufe, biografische Angaben, Schulberichte etc.) auszuwerten.

### 6.1.3 Ziele der Exploration

Identifikation der auslösenden Faktoren, der Merkmale der Symptomatik bzw. der Verhaltensauffälligkeiten sowie der aufrechterhaltenden Bedingungen; Sammeln und Aufarbeitung selbst- und fremdanamnestischer sowie aktueller klinischer Daten; Bildung einer Arbeitshypothese über Sinn/Funktion des problematischen Verhaltens über die Wahrscheinlichkeit einer psychiatrischen Diagnose.

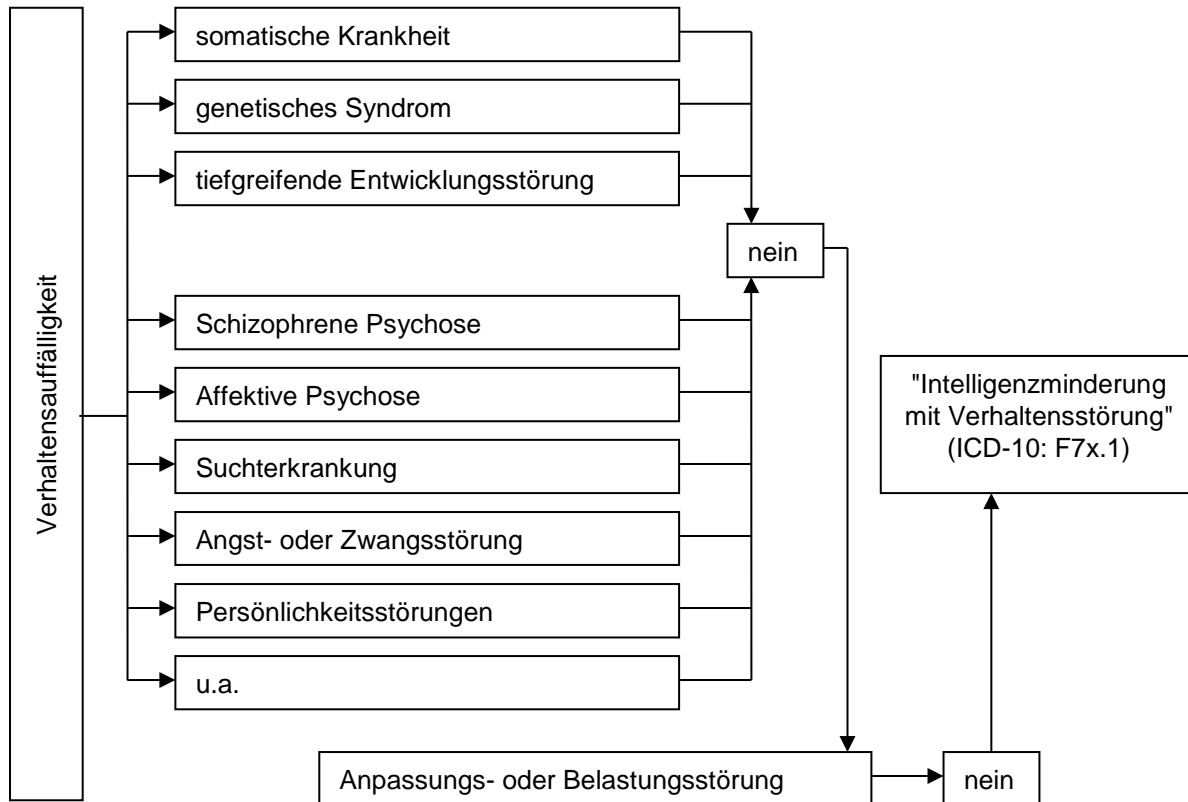
## 6.1.4 Ebenen der Exploration

### Individuelle Ebene (Person)

- Somatische und syndromale Abklärungen sollen wenn immer möglich ambulant und über den Hausarzt eingeleitet werden. Im stationären Rahmen werden Routineuntersuchungen und internistische Konsilien bei akuten körperlichen Beschwerden durchgeführt. Ein besonderes Augenmerk sollte auf das mögliche Vorliegen eines Schmerzsyndroms, Stoffwechselstörungen (z.B. Schilddrüsenunterfunktion), Nebenwirkungen von Medikation, ggf. epileptische Aktivität und Störungen autonomer Körperfunktionen (zum Beispiel Obstipation) als Ursache einer Verhaltensauffälligkeit gelegt werden. Für die Einschätzung von Schmerzintensitäten bzw. das Ansprechen auf eine Behandlung können visuelle Skalen notwendig sein. Diese müssen zum Teil individuell angepasst werden (Unterstützte Kommunikation).
- Autismusdiagnostik: "Bei Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS) soll zunächst eine zeitnahe, orientierende Abklärung unter Verwendung von validen, alters-spezifischen Screening-Instrumenten sowie der Durchführung einer orientierenden klinischen Evaluation vorgenommen werden. Bei Erhärtung des Verdachts soll die Person an eine auf Autismus-Spektrum-Störungen spezialisierte Stelle überwiesen werden, die eine vollständige Diagnostik und Differentialdiagnostik gewährleisten kann". (Konsensbasierte Empfehlung der Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Interdisziplinäre S3-Leitlinie der DGKJP und der DGPPN sowie der beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Patientenorganisationen, Deutschland, 2016). Folgende Testverfahren können beispielsweise zur Anwendung kommen: FSK (Fragebogen zur sozialen Kommunikation) oder MBAS (Marburger Beurteilungsskala zum Asperger-Syndrom), ADOS (Autism diagnostic Observation Schedule), ADI-R (Autism-Diagnostic Interview-Revised) AAA (Adult Asperger Assessment) nach Cohen, Eyer Reading Test, MASC (Movie for the Assessment of Social Cognition).
- Schmerzerfassung bei Menschen mit ASS oder schwer ausgeprägter Störung in der Kommunikation, z.B.: NCAPC (Non-Communicating Adult's Pain Checklist-Revised), FPS/FPS-R (Faces Pain Scale), TOPS (Tailored Observation Pain Screen), EDAAP (Expression de la Douleur chez les Adultes et Adolescents Polyhandicapes), PADS (Pain and Discomfort Scale)
- Diagnostik des emotionalen Entwicklungsstandes mittels SEO und klassischer Entwicklungsmodelle
- IQ, ADHS, Demenz etc.: Die Notwendigkeit einer Testung wird im Einzelfall abgeschätzt und in Zusammenarbeit mit dem Psychologischen Dienst durchgeführt
- Funktionale Verhaltensanalyse
- Verstehende Diagnostik, Rehistorisierung
- Förderdiagnostik: Entsteht infolge der Gesamtbeurteilung und ist als ein dauernder Prozess zu verstehen
- Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10 (in Zusammenarbeit mit Oberärzten, Assistenzärzten und dem Psychologischen Dienst)
- Entwicklungspsychiatrische Diagnostik mittels PAS-ADD (Psychiatric Assessment Schedules for Adults with Developmental Disabilities)

Die nachfolgende Abbildung von Schanze visualisiert die Exploration auf Ebene Individuum (nach Schanze Ch., Psychopharmakologische Behandlung bei Menschen mit Intelligenzminderung, Script 2010).

## Diagnostik bei Verhaltensstörungen (gemäss ICD-10)



### Ebene sozialer Faktoren (Umwelt)

- Klärung der physischen Umwelt (Wohnsituation, Arbeit, Tagesprogramme, usw.)
- Klärung der Bedeutung der Person für ihre Umwelt (Akzeptanz)
- Klärung agogischer Probleme
- Klärung sozialer Probleme und kultureller Aspekte

### Interaktionsebene (Person ↔ Umwelt)

- Klärung von Systemproblemen (Familien, WG, Arbeitsgemeinschaft, etc.)
- Klärung gruppenspezifischer Aspekte
- Klärung von Folgen, Reaktionen auf das Verhalten, Interventionen

## 6.2 Behandlung

### 1. Schritt

- Berücksichtigung der Entwicklungsfaktoren
- Begegnung auf dem Niveau der emotionalen Entwicklung
- Interaktion in Übereinstimmung mit den emotionalen Bedürfnissen

### 2. Schritt

- Modifikation der sozialen Umwelt durch Information, Ausbildung und Training
- Versuch der Anpassung der sozialen Umwelt an die psychosozialen Bedürfnisse der Person
- Einheitliche Haltung des sozialen Umfeldes gegenüber dem Patienten/der Patientin fördern
- Einsatz alternativer Kommunikationsmittel im Umgang mit dem Patienten/der Patientin
- Anbahnung fördernder Kommunikationsmuster im System

### 3. Schritt

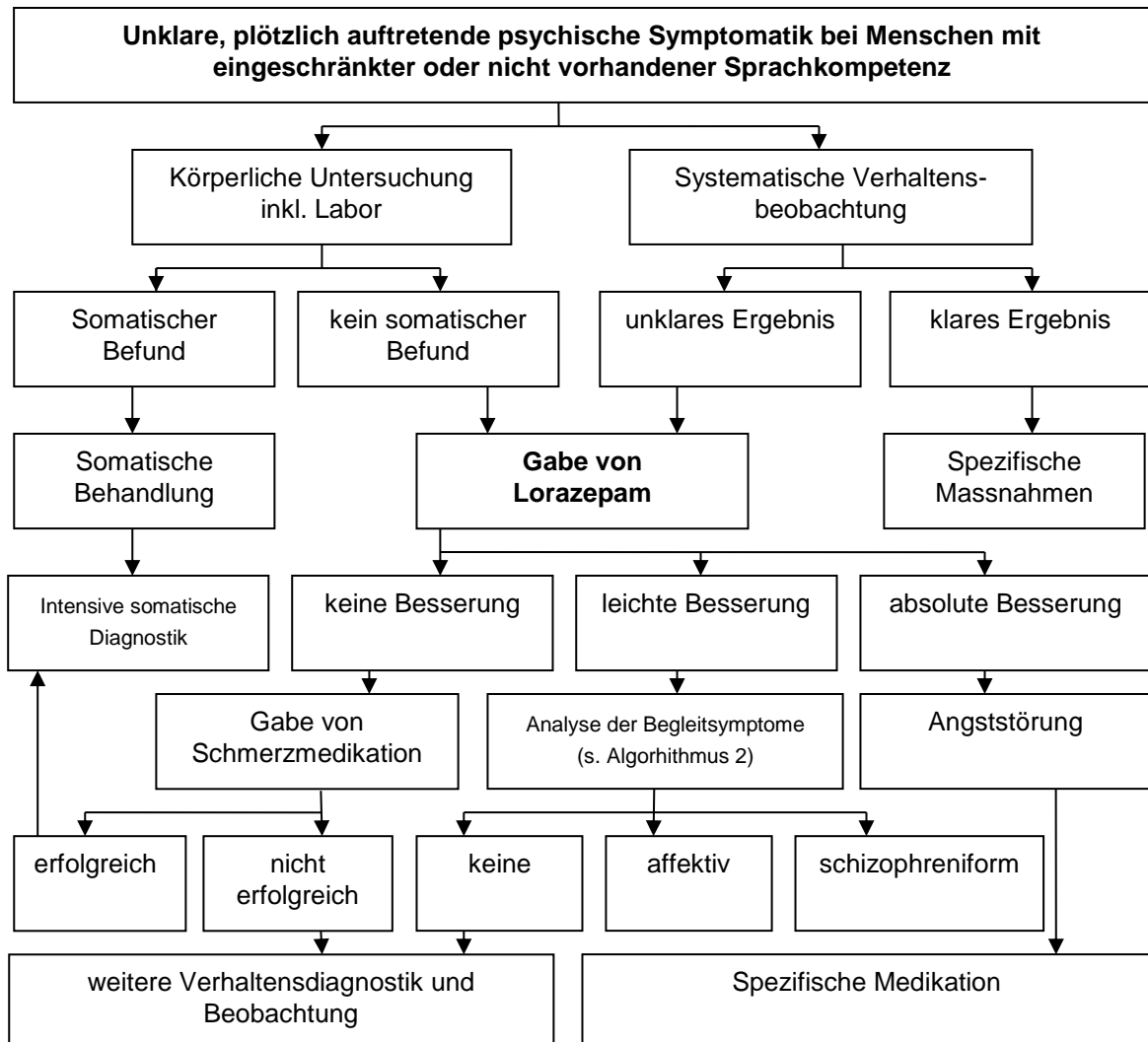
- Training von Fähigkeiten oder Psychotherapie

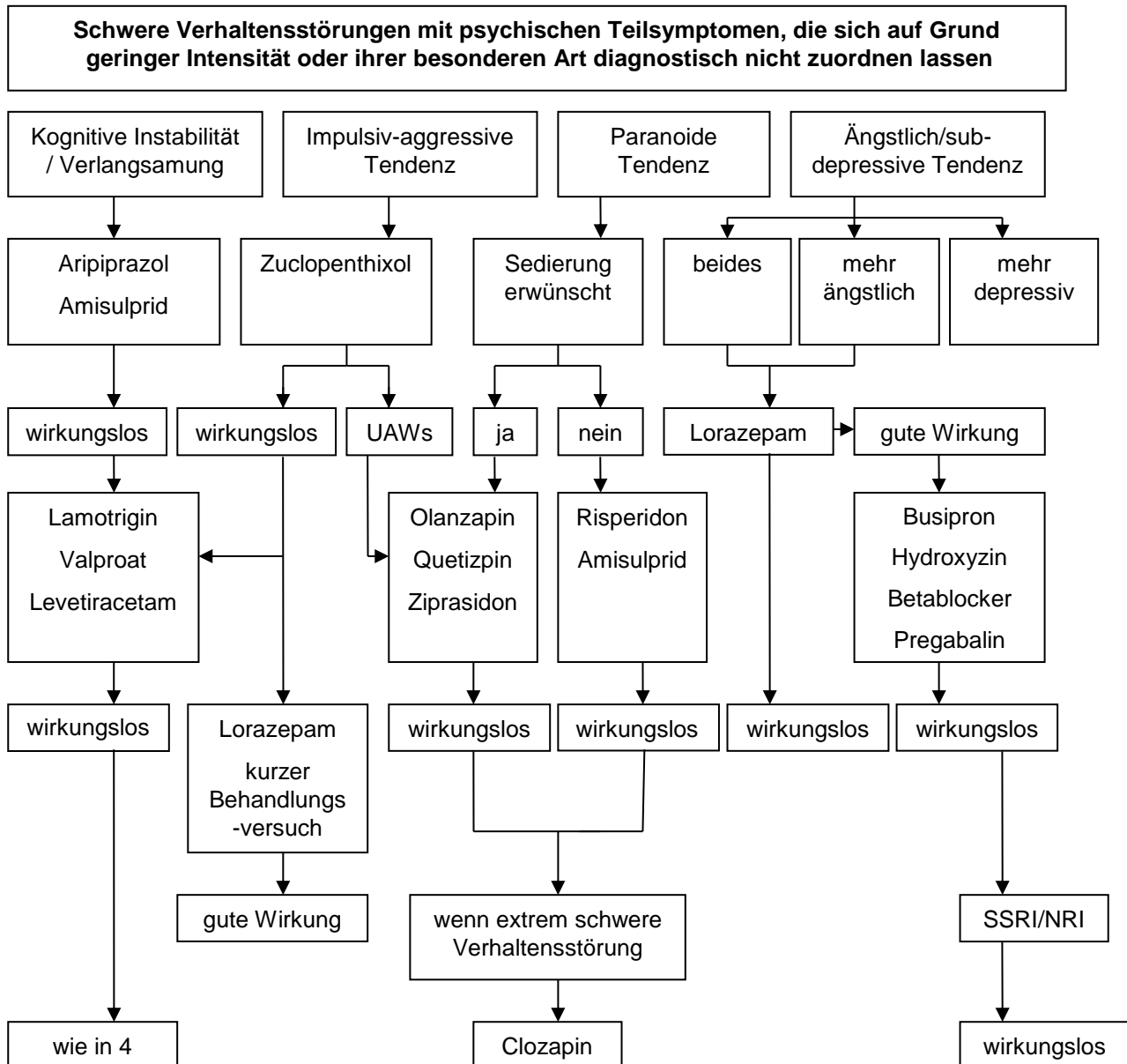
### 4. Schritt

- **Beispiel** von Einsatz von Psychopharmaka zur Unterstützung anderer Interventionen (nach Schanze Ch., Psychopharmakologische Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung, Script 2010)

Im folgenden Diagramm sind die Empfehlungen von Schanze (2010) zusammenfassend dargestellt. Sie liefern einen Rahmen für die Diagnostik und die Behandlung von Verhaltensstörungen bei kognitiv Beeinträchtigten. Die Behandlung ist in jedem Fall individuell anzupassen.







Die Reihenfolge der einzelnen Behandlungsschritte muss auf jeden Patienten / jede Patientin spezifisch angepasst werden. Die einzelnen Behandlungsschritte können auch parallel laufen.

## 5. Schritt

- Nachbetreuung – Klärung der einzelnen weiteren Arbeitsschritte und Verantwortlichkeiten (Austrittsgespräch oder Abschlussgespräch, Helferkonferenz, Übergabegespräche).

### 6.3 Empfehlungen der SAGB und DGSGB

Die Arbeitsgruppe Krisenintervention der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft von Ärzten für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (SAGB) hat ein Grundlagenpapier mit Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte erarbeitet: „**Medizinische Krisenintervention bei Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung**“. Die aktuellste Version und Links zu weiteren Empfehlungen sind auf der Website der SAGB zu finden ([www.sagb.ch](http://www.sagb.ch)).

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) hat in der Schriftenreihe „Materialien der DGSGB“ eine Reihe von Empfehlungen für die Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung publiziert. Diese Materialien können als PDF-Dateien auf der Website der DGSGB heruntergeladen werden ([www.dgsgb.de](http://www.dgsgb.de)).

## 7 Vernetzung

Das interdisziplinäre Behandlungsteam strebt eine enge Vernetzung mit anderen Stellen, die sich mit der Problematik von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Störungen befassen (Psych. Kliniken, INSOS SG-AI, Procap, Insieme, Pro Infirmis, kant. Stellen, Behinderteneinrichtungen, usw.) an. Unser Engagement in internen und externen Fachgremien trägt zur Imageaufwertung und fachlichen Weiterentwicklung des spezialisierten Angebotes der St. Galler Psychiatrieverbunde bei.

Für das interdisziplinäre Behandlungsteam ist es des Weiteren ein Anliegen, interne und externe Fortbildungen oder Fachtagungen anzubieten. Es ist uns wichtig, dass die heilpädagogische Sichtweise vermehrt durch Fachreferate an interdisziplinären Tagungen vertreten wird.

## 8 Entwicklungsperspektive

Das interdisziplinäre Behandlungsangebot befindet sich zum Zeitpunkt des Erstellens des Fachkonzepts in einer Projektphase der St. Galler Psychiatrieverbunde. Damit die Inhalte dieses Konzepts in eine wirksame Praxis umgesetzt werden können und um gegenwärtige Defizite in der Versorgungsstruktur zu beheben, braucht es folgende kursorisch beschriebene Entwicklungsschritte:

- Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals: Bereits während der Projektphase wurde die dringende Notwendigkeit eines Kompetenzerwerbs insbesondere der nicht-heilpädagogischen Fachpersonen deutlich, da spezifische „Entwicklungspsychiatrische“ und ergänzende medizinische Kenntnisse in der Erwachsenenpsychiatrie fehlen. Diverse Tagungen, Kongresse und Curricula werden von der SAGB, DGSGB, DGMGB, EAMHID etc. angeboten. Die Psychiatrie für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ist zunehmend eine eigene Spezialisierung.
- Das interdisziplinäre Behandlungsteam muss um eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachrichtungen bemüht sein, insbesondere Neuropädiatrie, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie. Einerseits soll es eine funktionierende fachliche Schnittstelle welche den Übergang von Jugendalter ins Erwachsenenalter begleitet geben. Andererseits ist eine multidimensionale Diagnostik von Verhaltensstörungen aufgrund der verschiedenen körperlichen, psychischen oder milieubedingte Ursachen notwendig. Besonders Schmerzsyndrome, Folgen von Hör- und Sehstörung und Epilepsie- oder Medikations-assoziierte Syndrome führen regelmässig zu psychiatrisch anmutenden Verhaltensstörungen. Daneben spielen „Verhaltensphänotyp“ im Rahmen spezifischer Syndrome eine Rolle. Analog den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) macht es Sinn, fachrichtungsübergreifende Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) zu konzipieren, wie dies gerade in Deutschland geschieht.
- Die stationäre Dienstleistung wie in diesem Fachkonzept beschrieben existiert im Kanton St. Gallen noch nicht. Als Vorbild dient die integrierte Akutbehandlung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in der Luzerner Psychiatrie, Klinik St. Urban mit heilpädagogischer Fallführung. Zusätzlich sollte die Möglichkeit der Errichtung einer spezialisierten Therapiestation für diese Patienten- und Patientinnengruppe überlegt werden, welche u.a. entwicklungspsychologische Therapien anbieten könnte.

- Seit Januar 2017 überführt eine vom Amt für Soziales angestossene Arbeitsgruppe mit INSOS SG-AI, Pro Infirmis, Psychiatrieverbunde und Kesb den im Juni 2015 eingeführten Triageprozess (Finden des geeigneten Leistungsangebots in anspruchsvollen Situationen) in eine neue Form. Damit anspruchsvolle Situationen in der Begleitung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung möglichst wertschätzend und nachhaltig aufgelöst werden können, erarbeitet die AG gemeinsame Grundsätze und Abläufe für die interinstitutionelle Zusammenarbeit.

## 9 Literatur

- Ayres A. Jean, Robbins Jeff; 1998, Bausteine der kindlichen Entwicklung. Die Bedeutung der Integration der Sinne für die Entwicklung des Kindes, Berlin: Springer
- Bölte Klaus; 2009, Autismus, Huber-Verlag
- Došen Anton; Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung; Ein integrativer Ansatz für Kinder, Jugendliche und Erwachsene; Hofgrete 2010
- Freitag, Christine et al.; Konsensbasierte Empfehlung der Leitlinie Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, Interdisziplinäre S3-Leitlinie der DGKJP und der DGPPN sowie der beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbände und Patientenorganisationen, Deutschland, 2016
- Häussler Anne; 2009, Der TEACCH-Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus; Borgmann
- Jantzen Wolfgang; 1992, Allgemeine Behindertenpädagogik, Bd. 1 Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlagen, Weinheim: Beltz
- Jantzen Wolfgang; 1990, Allgemeine Behindertenpädagogik, Bd. 2 Neurowissenschaftliche Grundlagen, Diagnostik, Pädagogik, Therapie, Weinheim: Beltz
- Jantzen/Lanwer-Koppelin Hrsg.; 1996, Diagnostik als Rehistorisierung, Marhold
- Kobi Emil; 2004, Grundfragen der Heilpädagogik, Huber-Verlag Bern
- Lindmeier Christian; 2006, Geistigbehindertenpädagogik, Beltz
- Lindmeier Christian; 2008, Biografiearbeit mit geistig behinderten Menschen, Juventa
- Pörtner Marlis; 2004, Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen, Klett-Cotta
- Sarimski Klaus/Steinhausen Hans-Christoph; Psychische Störungen bei geistiger Behinderung, Hofgrete 2008
- Sarimski Klaus; Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome, Hofgrete 2003
- Schanze Christian; Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung, 2. Auflage, Schattauer, 2014
- Schuntermann Michael F.; 2005, Einführung in die ICF, Grundkurs, Übungen, offene Fragen, ecomed Verlagsgesellschaft Landsberg
- Seifert Monika; 2002, Lebensqualität und Wohnen bei schwerer geistiger Behinderung, Diakonie-Verlag
- Senkel Barbara; 2010, Mit geistig behinderten Menschen leben und arbeiten, Beck-Verlag
- Senkel Barbara; 2006, Du bist ein weiter Raum, Beck-Verlag
- Speck Otto; 2005, Menschen mit geistiger Behinderung, ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung, Ernst Reinhardt Verlag (München) 10. überarbeitete Auflage
- Speck Otto; 2008, System Heilpädagogik, ein ökologisch reflexive Grundlegung, Ernst Reinhardt Verlag (München)
- Stahl Burkhard/Irblich Dieter Hrsg.; 2005, Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung, Hofgrete
- Theunissen Georg, Lingg Albert; 2009, Psychische Störungen bei geistig Behinderten, Lambertus
- Die UNO Behindertenrechtskonvention (BRK) <http://www.admin.ch>



## 10 Anhang

### 10.1 Heilpädagogische Grundkompetenzen

#### 10.1.1 Unterstützte Kommunikation

Es gibt Menschen, die aufgrund von angeborenen oder erworbenen Beeinträchtigungen in der Kommunikation und sprachlichen Verständigung Schwierigkeiten mit ihrer Umwelt erfahren. Einige von ihnen haben mehrfache Behinderungen in vielen Entwicklungsbereichen, während andere nur in ihrer Kommunikation mit fremden Personen beeinträchtigt sind und von vertrauten Personen durchaus verstanden werden. Durch den Einsatz von Unterstützter Kommunikation können diese Menschen eine erhebliche Verbesserung ihrer Verständigung erreichen.

Unterstützte Kommunikation (Englisch: Augmentative and Alternative Communication, kurz AAC) orientiert sich an einem humanistischen Menschenbild und betont das Recht eines jeden Menschen auf Selbstbestimmung und Partizipation. Unterstützte Kommunikation geht davon aus, dass jeder Mensch ein Bedürfnis nach Kontakt und Kommunikation hat. Ausgehend von den aktuellen Kompetenzen einer Person entwickelt Unterstützte Kommunikation individuelle Massnahmen für eine bessere Verständigung und mehr Mitbestimmung im Alltag.

Kommunikation ist mehr als sprechen.

Unterstützte Kommunikation (UK) muss die individuelle Art zu kommunizieren nicht ersetzen, sondern kann sie ergänzen und unterstützen. Dabei können Rituale und Routinen einen sozialen Rahmen bieten, der zur Kommunikation anregt und motiviert. Durch den Einsatz von Gebärden, Objekten, grafischen Symbolen oder technischen Hilfen kann die Kommunikation im Alltag intensiviert und verbessert werden. Dabei werden oft mehrere Methoden multimodal eingesetzt, um eine möglichst schnelle und effektive Kommunikation zu ermöglichen.

#### *Elemente der Unterstützten Kommunikation*

- Anwendung von Gebärden
- Einsatz von nichtelektronischen Kommunikationshilfen (z.B. reale Gegenstände, Bildsymbole, Kommunikationsbücher oder Fotos)
- Verwendung elektronischer Kommunikationshilfen (z.B. Talker, Big-Mac, Step-by-Step, Kommunikationstafeln, einfache oder komplexere Sprachausgabegeräte)
- Gestützte Kommunikation (Facilitated Communication): Ein Kommunikationsshelfer, der sogenannte Stützer, berührt eine kommunikationsbeeinträchtigte Person. Diese körperliche Hilfestellung soll es der kommunikationsbeeinträchtigten Person ermöglichen, eine Kommunikationshilfe zu bedienen.

#### *Ziele und grundlegende Prinzipien*

- Verbesserung der Kommunikation
- Erweiterung der kommunikativen Fähigkeiten eines Menschen im Alltag
- Schaffen von Ausdrucksmöglichkeiten
- Unterstützung des Sprachverständnisses
- Unterstützung der aktiven Sprache

#### *Wichtige Therapieziele sind ausserdem*

- Gefühle, Ängste, Wünsche, Körperempfindungen (inkl. Schmerzen) können besser ausgedrückt werden
- Entscheidungen können besser getroffen und mitgeteilt werden
- Missverständnisse werden durch Nachfragen verringert
- Ersatz und Ergänzung der Lautsprache
- Durch elektronische Kommunikation kann man laut reden und z.B. jemanden rufen
- Selbstbestimmung, Partizipation und Selbstwirksamkeit werden gefördert

### 10.1.2 TEACCH

TEACCH (Englisch: Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) bedeutet sinngemäss übersetzt: "Begleitung und pädagogische Förderung autistischer und in ähnlicher Weise kommunikationsbeeinträchtigter Menschen."

#### *Ziele des TEACCH-Programms*

- Verständnis für typische Verhaltensweisen von Menschen mit Autismus
- Erstellung von individuellen Diagnostiken und Förderplänen
- Zusammenarbeit mit Eltern/Familien/Betreuern
- Optimierung und Ausbau von bereits vorhandenen Fähigkeiten
- Kompetenzorientierung und Respekt vor Andersartigkeit
- Strukturierung, kognitive Ansätze und Verhaltenstheorien
- Förderung sämtlicher Aspekte der Persönlichkeit

#### *Strukturierung des Alltags*

Strukturieren von Raum, Zeit, Beziehungen und Arbeit/Beschäftigung sind wesentliche Teile des TEACCH-Ansatzes. Es geht dabei um die Unterstützung von Menschen mit Autismus beim Lernen. Es gibt Hilfen zur Erschliessung von Bedeutungen, zur Verdeutlichung von Zusammenhängen und hilft bei der Vermittlung von Fähigkeiten, um im Alltag zurechtzukommen. Ein wesentlicher Aspekt ist hierbei die räumliche und zeitliche Strukturierung, sowie die Gestaltung des Arbeitsmaterials. Dies wird nicht nur auf einen Therapie-, Arbeits- oder Ausbildungsplatz bezogen, sondern auf den gesamten Alltag. Aufgrund der besonderen Informationsverarbeitung profitieren Menschen mit Autismus von strukturierter Hilfe. Es fördert das Gefühl von Sicherheit und Kompetenz, denn man kann sich besser auf neue Situationen einstellen, wenn man versteht, wann etwas passiert. In der pädagogischen Praxis unterscheidet man bei der Strukturierung von Abläufen Zeitpläne, Aufgabenpläne und Instruktionen. Diese sollten aber immer wieder auf ihre Notwendigkeit und Angemessenheit überprüft und gegebenenfalls reduziert werden.

#### *Visualisierung*

Menschen mit Autismus haben häufig herausragende Kompetenzen in der Verarbeitung visueller Informationen. Diese Fähigkeit wird häufig unterschätzt, da sie ihren Blick oft nur sehr kurz auf etwas richten. Dennoch nehmen sie mit diesem scheinbar flüchtigen Blick das für sie Notwendige wahr. Der optische Sinn ist also der bevorzugte Verarbeitungs kanal. Die Visualisierung ist ausserdem beständiger und eindeutiger als Sprache und erfordert kein Verständnis sozialer Merkmale wie Mimik, Gestik, Tonfall. Neben dem Einsatz von Bildkarten reagieren Menschen mit Autismus häufig sehr gut auf den Einsatz von Gebärden, da auch dabei der visuelle Kanal angesprochen wird.

#### *Raum:*

Verdeutlichung der Funktion der Orte: im Raum durch visuelle Barrieren (z.B. Regale), welche die einzelnen Bereiche (Arbeiten, Pause etc.) abgrenzen; die einzelnen Bereiche durch Symbole oder Gegenstände (z. B. Kopfhörer für Pausenbereich, Raumbeschilderung zur Orientierung im Wohn- oder Arbeitsbereich) kennzeichnen; Regale/Schränke mit Fotos/Symbolen beschildern (z.B. auch für Jacke, Schuhe, Mütze)

#### *Zeit:*

Visuell anschaulich gestaltete Tagespläne erleichtern es, sich auf Abweichungen vom normalen Ablauf (z.B. Regenpause) einzustellen; Time-Timer (die verbleibende Zeit, z.B. für eine bestimmte Arbeit, wird durch eine immer kleiner werdende Fläche dargestellt)

#### *Handlung:*

Visuell verdeutlichen, wo sich etwas befindet und/oder seinen Platz hat (z.B. Tisch-Set mit Teller-, Glas-, Besteck-Aufdruck als Orientierungshilfe zum Tisch decken); kurze Handlungen visuell verdeutlichen (z.B. die einzelnen Schritte des Händewaschens, Schuhe zubinden)

### 10.1.3 Sensorische Integration

Sensorische Integration (SI) ist die sinnvolle Ordnung, Aufgliederung und Verarbeitung von Sinneserregungen im zentralen Nervensystem (ZNS). Sie ermöglicht dem Menschen eine adäquate Auseinandersetzung mit seiner Umwelt. Sinneswahrnehmungen erreichen in jedem Augenblick unser zentrales Nervensystem. Nicht nur von den Augen (Sehsinn), den Ohren (Hörsinn), der Nase (Geruchssinn) und der Zunge (Geschmackssinn) fließen uns Informationen zu, sondern auch über Berührung (taktiles System), Bewegung, Schwerkraft und Körperstellungen (vestibuläres und propriozeptives System).

Für jede Handlung benötigen wir eine gute Organisation von Sinneswahrnehmungen. Erfolgt der Fluss der Empfindungen unorganisiert – d. h. im zentralen Nervensystem findet keine entsprechende Verarbeitung statt – so kann keine zielgerichtete und geplante Handlung auf die Umweltreize hervorgebracht werden.

*Wie sieht die Behandlung einer SI-Störung aus?*

Der SI-Raum ist möglichst reizarm mit verschiedenen Bewegungsmaterialien ausgestattet.

Mit Hilfe von Kletterleiter, Klettergerüsten, Schaukeln, Schaumstoffpolstern, unterschiedlichen Turnmatten und einer Hängematte wird der Person eine Fülle an Sinneserfahrungen ermöglicht, die es sinnvoll miteinander zu verknüpfen lernt.

Der Schwerpunkt der SI-Therapie liegt auf der Vermittlung und Verarbeitung von vestibulären, propriozeptiven und taktilen Reizen.

Mit Unterstützung des Therapeuten/der Therapeutin erfährt der Patient/die Patientin Erfolg und kann somit Selbstbewusstsein und Selbstständigkeit entwickeln. Erfolge und eine spielerische Atmosphäre sind nötig, um eine optimale Motivation zu erreichen.

*Ziele der SI-Therapie*

Das Ziel der Therapie ist eine gute Wahrnehmung und Verarbeitung der Eigen- und Tiefenwahrnehmung, des Gleichgewichtes und der Berührung sowie eine Verknüpfung mit den anderen Sinnen als Basis für ökonomisches Lernen. Gezielte Reizangebote helfen dem Patienten / der Patientin, aktiv zu handeln und zu erforschen, um somit seine neurologische Organisation reifer und effektiver zu gestalten.

*Wichtige Therapieziele sind ausserdem*

- Handlungsplanung und Bewegungskoordination
- Aufrichtung des Körpers im Raum
- Zusammenspiel von Auge und Hand
- Miteinbezug von Sprache, Kommunikation, Selbstständigkeit und sozialer Kompetenz

## 10.2 Glossar

### „Geistige Behinderung“ (Insieme Schweiz)

Geistige Behinderung bedeutet eine Beeinträchtigung im kognitiven Bereich. Zu den kognitiven Fähigkeiten eines Menschen zählen zum Beispiel die Fähigkeiten zu lernen, zu planen, zu argumentieren. Einschränkungen in diesem Bereich können auch bedeuten, dass eine Person Schwierigkeiten hat, eine Situation zu analysieren, etwas zu verallgemeinern oder vorauszuschauen.

Sie beeinflusst die Gesamtentwicklung oder die Lernfähigkeit in unterschiedlicher Art und Weise. Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung verläuft die Entwicklung langsamer als bei anderen Menschen. Die Entwicklungsschritte sind weniger voraussagbar.

Es gibt genetisch bedingte, angeborene geistige Behinderungen, wie zum Beispiel das Down-Syndrom. Stoffwechselstörungen, Komplikationen während der Geburt, Sauerstoffmangel oder Unfälle können ebenfalls geistige Behinderungen verursachen.

Die Diagnose allein sagt aber noch nichts über die mögliche Entwicklung eines betroffenen Kindes aus.

Medizinisch orientierte Definitionen sprechen von einer „Minderung oder Herabsetzung der maximal erreichbaren Intelligenz“. So bezeichnet auch die „International Classification of Diseases“ (ICD-10) dieses Phänomen als „Intelligenzminderung“ (F70–79). Demnach lässt sich – rein auf die Intelligenz bezogen – eine geistige Behinderung quasi als Steigerung und Erweiterung einer Lernbehinderung verstehen.

### „Geistige Behinderung“ (WHO Schweiz)

Geistige Behinderung bedeutet eine signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden (beeinträchtigte Intelligenz). Dadurch verringert sich die Fähigkeit, ein unabhängiges Leben zu führen (beeinträchtigte soziale Kompetenz). Dieser Prozess beginnt vor dem Erwachsenenalter und hat dauerhafte Auswirkungen auf die Entwicklung.

Behinderung ist nicht nur von der individuellen Gesundheit oder den Beeinträchtigungen eines Kindes abhängig, sondern hängt auch entscheidend davon ab, in welchem Masse die vorhandenen Rahmenbedingungen seine vollständige Beteiligung am gesellschaftlichen Leben begünstigen.

Im Kontext der WHO-Initiative „Bessere Gesundheit, besseres Leben“ schliesst der Begriff „geistige Behinderung“ auch Kinder mit autistischen Störungen ein, die geistige Beeinträchtigungen aufweisen. Er schliesst aber auch Kinder ein, die aufgrund vermeintlicher Behinderungen oder einer Ablehnung durch ihre Familie in Institutionen eingewiesen wurden und deshalb Entwicklungsstörungen und psychologische Probleme aufweisen

## "Integrative Sichtweise"

Kompakte Definitionen mögen die Integrative Position des „biopsychosozialen Modells“ (idem 2001a) verdeutlichen:

[1.] »**Körper/Soma**, Organismus wird definiert als die Gesamtheit aller aktuellen *physiologischen* (biologischen, biochemischen, bioelektrischen) Prozesse des Organismus nebst der im genetischen und physiologischen (immunologischen) Körpergedächtnis als differentielle Informationen festgehaltenen Lernprozesse und Lernergebnisse/Erfahrungen, die zur Ausbildung kulturspezifischer *somatomotorischer Stile* führen.

[2.] **Seele/Psyche** wird definiert als die in körperlichen Prozessen gründende Gesamtheit aller aktuellen Gefühle, Motive/Motivationen, Willensakte und schöpferischen Impulse, nebst den durch sie bewirkten und im „Leibgedächtnis“ (neocortikal, limbisch, reticulär, low-level-neuronal) archivierten Lernprozessen und Erfahrungen und den auf dieser Grundlage möglichen emotionalen Antizipationen (Hoffnungen, Wünsche, Befürchtungen). All dieses ermöglicht als *Synergem* das Erleben von Selbstempfinden, Selbstgefühl und Identitätsgefühl und führt zur Ausbildung kulturspezifischer *emotionaler Stile*.

[3.] **Geist/Nous** wird definiert als die Gesamtheit aller aktuellen neurophysiologisch gegründeten *kognitiven bzw. mentalen Prozesse* mit ihren personspezifischen, aber auch kulturspezifischen *kognitiven bzw. mentalen Stilen* und den durch sie hervorgebrachten *Inhalten: individuelle* (z. B. persönliche Überzeugungen, Glaubenshaltungen, Werte) und *kollektive* (Güter der Kultur, Wertesysteme, Weltanschauungen, Religionen, Staatsformen, Strömungen der Kunst und Ästhetik, der Wissenschaft und Technik), nebst der im individuellen cerebralen Gedächtnis und der im kollektiven, kulturellen Gedächtnis (Bibliotheken, Monumenten,