

**KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG**

CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG

Amelie Engenhorst

Katharina Kremitzl

E-Mail: Amelie.Engenhorst@gmx.de

Katharina.Kremitzl@gmx.de

Matrikel-Nummer: 20140637 – Amelie Engenhorst

20140659 – Katharina Kremitzl

Studiengang: Klinische Heilpädagogik (Master)

Abgabedatum: 20.12.2016

Katholische Hochschule Freiburg

Die aktuelle psychotherapeutische Versorgungssituation erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in Baden-Württemberg.

Eine quantitative Befragung Psychologischer Psychotherapeuten der Landespsychotherapeutenkammer in Baden Württemberg

Masterarbeit

1. BetreuerIn: Fr. Prof. Dr. Traudel Simon

2. BetreuerIn: Hr. Dr. Alexander Wünsch

Abstract

Zahlreiche Studien und Autoren sprechen von einem drei- bis vierfach erhöhten Risiko für Menschen mit Intelligenzminderung, an einer psychischen Störung zu erkranken. Zur Behandlung stehen unterschiedliche Methoden, u. a. Psychotherapie, zur Verfügung. Es ist eine begrenzte Anzahl von Studien vorhanden, welche die psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland erheben. Mit der vorliegenden Studie wurde die aktuelle psychotherapeutische Versorgungssituation erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in Baden-Württemberg erfasst.

Mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens wurden Psychologische Psychotherapeuten über mögliche Unterschiede in ambulanter und stationärer Versorgung, Gründe für nicht durchgeführte Behandlungen, behandelte psychische Störungen, die Vorbereitung der Psychotherapeuten auf die Arbeit mit Menschen mit Intelligenzminderung und Verbesserungspotenziale befragt. Die Fragebogen wurden per Mail an alle Psychotherapeuten der Landespsychotherapeutenkammer verschickt und anschließend quantitativ deskriptiv ausgewertet.

Die Versorgungssituation erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung wurde als mangelhaft eingeschätzt. Frühere Erfahrungen mit Menschen mit Intelligenzminderung und entsprechende Ausbildungsinhalte können die Behandlungsbereitschaft positiv beeinflussen. Als Gründe für Nicht-Behandlung wurden fehlende Anfragen, andere Schwerpunktsetzungen, die eigene eingeschränkte Kompetenz, mangelndes Wissen sowie fehlende Thematisierung im Rahmen der Ausbildung oder fehlende Motivation genannt. In der Arbeit wurde der Einbezug des Umfelds als wichtig erachtet. Vorwiegend behandelte psychische Störungen aus der ICD-10 waren unter anderem affektive (F3), neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen (F4) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6). Bei rund zehn Prozent war das Thema Intelligenzminderung Bestandteil der psychotherapeutischen Ausbildung. Als Verbesserungspotenziale wurden Fortbildungen und spezielles Fachwissen sowie erhöhte zeitliche Ressourcen genannt.

Zusammenfassend sind aufgrund der bisherigen geringen Beleuchtung des Themas weiterführende Forschungen auf diesem Gebiet notwendig. Für die Psychotherapeuten sollten mehr zeitliche Ressourcen und eine damit verbundene finanzielle Anerkennung für die Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen durch strukturelle Modifikationen zur Verfügung gestellt werden.

Danksagung

Wir bedanken uns bei unseren beiden Gutachtern Frau Prof. Dr. Traudel Simon und Herrn Dr. Alexander Wunsch für die Betreuung und Beratung während des ganzen Planungs- und Forschungsprozesses.

Wir danken weiterhin den Personen, die uns während der Zeit unterstützt haben. Sie haben unsere Ausarbeitung immer wieder gelesen und korrigiert, kritische Fragen gestellt und dazu beigetragen, dass wir unsere Arbeit überdacht und kritisch reflektiert haben.

Wir danken den Ansprechpartnern der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg für die Kooperation. Besonders zu erwähnen ist in diesem Fall Herr Dr. Rüdiger Nübling im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit sowie Herr Dr. Roland Straub. Weiterhin danken wir dem Arbeitskreis *Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung* der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg für die kritische Prüfung des Fragebogens und die Rückmeldung zu Verbesserungspotenzialen.

Ein besonderer Dank gilt all den Psychotherapeuten, die bereit waren, den umfangreichen Fragebogen auszufüllen. Durch ihre Antworten war es uns möglich, unsere Forschungsarbeit überhaupt erst durchzuführen. Sie tragen zu einer Erfassung aktueller Versorgungssituationen und damit zu wichtigen Veränderungsprozessen bei.

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT	3
DANKSAGUNG	4
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	8
TABELLENVERZEICHNIS	10
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	11

I EINLEITUNG **12**

II THEORIETEIL **16**

1 INTELLIGENZMINDERUNG **16**

1.1 INTELLIGENZMINDERUNG AUS UNTERSCHIEDLICHEN PERSPEKTIVEN	16
1.2 EPIDEMIOLOGIE	23
1.3 ÄTIOLOGIE	24
1.4 VERLAUF	25
1.5 KOMORBIDITÄT	25

2 PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN **26**

2.1 PSYCHISCHE STÖRUNG	26
2.2 VERHALTENSSTÖRUNG	27
2.3 EPIDEMIOLOGIE UND PRÄVALENZ PSYCHISCHER STÖRUNGEN	29
2.4 DIAGNOSTIK PSYCHISCHER STÖRUNGEN	30
2.5 ÄTIOLOGIE PSYCHISCHER STÖRUNGEN	31
2.6 BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN	31

3 MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG UND PSYCHISCHEN STÖRUNGEN **32**

3.1 PSYCHISCHE STÖRUNG BEI MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG	32
3.2 VERHALTENSSTÖRUNGEN BEI MENSCHEN MIT EINER INTELLIGENZMINDERUNG	33
3.3 EPIDEMIOLOGIE, PRÄVALENZ UND KOMORBIDITÄTEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN BEI MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG	36
3.4 ÄTIOLOGIE PSYCHISCHER STÖRUNGEN BEI MENSCHEN MIT EINER INTELLIGENZMINDERUNG	38
3.5 DIAGNOSTIK PSYCHISCHER STÖRUNGEN BEI MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG	41
3.6 BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN BEI MENSCHEN MIT EINER INTELLIGENZMINDERUNG	46

4 PSYCHOTHERAPIE **47**

4.1 PSYCHOTHERAPIE & PSYCHOTHERAPEUT	47
--------------------------------------	----

4.2	INDIKATION UND AUSSCHLUSSKRITERIEN FÜR PSYCHOTHERAPIE	50
4.3	ZIELSETZUNGEN	52
4.4	ANTRAGSVERFAHREN UND FINANZIERUNG	52
4.5	RICHTLINIENVERFAHREN & PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG	54
4.6	SETTING UND TÄTIGKEITSFELDER	58
4.7	WIRKFAKTOREN VON PSYCHOTHERAPIE	59
5	PSYCHOTHERAPIE BEI MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG	60
5.1	BEHANDLUNGSSCHWERPUNKTE/ZIELE	60
5.2	BESONDERHEITEN BEI DER ANBAHNUNG VON PSYCHOTHERAPIE FÜR MENSCHEN MIT EINER INTELLIGENZMINDERUNG	62
5.3	BESONDERHEITEN BEI DER DURCHFÜHRUNG VON SITZUNGEN MIT MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG	65
III	EMPIRISCHER TEIL	75
6	AKTUELLER FORSCHUNGSSTAND	75
6.1	PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNGSSITUATION IN DEUTSCHLAND	75
6.2	PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNGSSITUATION VON MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG IN DEUTSCHLAND	77
6.3	STUDIEN ZUR VERSORGUNGSSITUATION VON MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG UND PSYCHISCHEN STÖRUNGEN IN DEUTSCHLAND	79
6.4	INTERNATIONALE FORSCHUNGSERGEBNISSE	84
7	ZIEL DER FORSCHUNG UND FORSCHUNGSFRAGEN	86
8	FORSCHUNGSDESIGN	87
8.1	AUSWAHL UND BEGRÜNDUNG DER FORSCHUNGSMETHODE	87
8.2	ZEITPLAN UND ABLAUF DER FORSCHUNG	87
8.3	AUSWAHL DER BEFRAGTEN PERSONEN	89
8.4	ERHEBUNGSMETHODE	90
8.5	DATENANALYSE UND DATENAUSWERTUNG	95
9	BESCHREIBUNG DER BEFRAGTEN PERSONENGRUPPE	99
10	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	109
10.1	AKTUELLE PSYCHOTHERAPEUTISCHE VERSORGUNGSSITUATION ERWACHSENER MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG UND PSYCHISCHEN STÖRUNGEN IM BUNDESLAND BADEN-WÜRTTEMBERG	109
10.2	UNTERSCHIEDE AMBULANTER UND STATIONÄRER PSYCHOTHERAPEUTISCHER VERSORGUNG ERWACHSENER MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG	125
10.3	GRÜNDE NICHT ERFOLGTER PSYCHOTHERAPEUTISCHER BEHANDLUNGEN ERWACHSENER MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG	127

10.4	BEHANDELTE PSYCHISCHE STÖRUNGEN, VERHALTENSTÖRUNGEN UND PROBLEMBEREICHE ERWACHSENER MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG	144
10.5	VORBEREITUNG DER PSYCHOTHERAPEUTEN AUF DIE BEHANDLUNG ERWACHSENER MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG IN DER AUSBILDUNG	151
10.6	VERBESSERUNGSPOTENTIALE	154
IV	INTERPRETATION & DISKUSSION	157
11	ABGLEICH DER IN DER VORLIEGENDEN STUDIE BEFRAGTEN PERSONEN MIT DER GESAMTHEIT DER PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPEUTEN	157
12	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE ANHAND DER FORSCHUNGSFRAGEN	159
12.1	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE ZUR AKTUELLEN PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG ERWACHSENER MENSCHEN MIT INTELLIGENZMINDERUNG	159
12.2	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE HINSICHTLICH AMBULANTER UND STATIONÄRER PSYCHOTHERAPEUTISCHER VERSORGUNG	165
12.3	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE HINSICHTLICH MÖGLICHER GRÜNDE FÜR EINE PSYCHOTHERAPEUTISCHE NICHT-BEHANDLUNG	166
12.4	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE BEZÜGLICH BEHANDELTER PSYCHISCHER STÖRUNGEN	170
12.5	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE HINSICHTLICH DER VORBEREITUNG AUF DIE BEHANDLUNG	172
12.6	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE BEZÜGLICH VERBESSERUNGSPOTENZIALEN	172
13	DISKUSSION	174
13.1	METHODENKRITIK	174
13.2	REFLEXION DES FORSCHUNGSPROZESSES	180
V	FAZIT UND AUSBLICK	182
	LITERATURVERZEICHNIS	187
	ERKLÄRUNG	200
	ANHANG	201

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF („DIMDI- ICF Version 2005“, 2005, S. 23)	22
Abb. 2:	an der Entstehung von Problemverhalten beteiligte Faktoren (Došen u. a., 2010, S. 17)	41
Abb. 3:	schematische Darstellung des Forschungsprozesses	89
Abb. 4:	Frage 1.3 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut	96
Abb. 5:	Beispiel Codierung in SPSS	96
Abb. 6:	Geschlechterverteilung der Befragten in Prozent	99
Abb. 7:	Alter der Personengruppe differenziert nach Geschlecht	100
Abb. 8:	Jahr der Approbation	101
Abb. 9:	Wochenarbeitszeit	104
Abb. 10:	behandelte Psychotherapie-Patienten im Monat	105
Abb. 11:	durchgeführte Behandlungsstunden	106
Abb. 12:	Einschätzung der Versorgungssituation anhand von Schulnoten	110
Abb. 13:	Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit	110
Abb. 14:	Einschätzung der Versorgungsqualität differenziert nach vorhandener Erfahrung	111
Abb. 15:	Lebensalter und vorhandene Erfahrung der Psychotherapeuten	112
Abb. 16:	Behandlungszahlen nach Richtlinienverfahren differenziert nach vorhandenen Erfahrungen	113
Abb. 17:	Vorerfahrungen und deren Auswirkung auf die psychotherapeutische Arbeit	114
Abb. 18:	Behandlungshäufigkeiten unterschiedlicher Formen der IM	115
Abb. 19:	Finanzierung psychotherapeutischer Behandlung (Mehrfach- nennungen möglich)	116
Abb. 20:	Patientenzahlen der letzten zwölf Monate	117
Abb. 21:	Einschätzung des zeitlichen Mehraufwands	118
Abb. 22:	Häufigkeit der Schnittstellenkontakte	121
Abb. 23:	angewandte diagnostische Verfahren	122
Abb. 24:	Gründe für den fehlenden Einsatz diagnostischer Verfahren	123
Abb. 25:	Haupttätigkeitsort differenziert nach Erfahrung	125
Abb. 26:	Tätigkeitsfeld differenziert nach Erfahrung	126
Abb. 27:	Barrierefreiheit differenziert nach Behandlung	128

Abb. 28: Einschätzung zur Durchführbarkeit von Psychotherapie	129
Abb. 29: Einschätzung eigener Behandlungskompetenz	129
Abb. 30: Einschätzung der eigenen Kompetenz differenziert nach Inhalten in der Ausbildung	130
Abb. 31: Einschätzung der eigenen Kompetenz differenziert nach Erfahrung	131
Abb. 32: Bereitschaft zur psychotherapeutischen Behandlung	132
Abb. 33: Behandlungsbereitschaft differenziert nach Alter	133
Abb. 34: Behandlungsbereitschaft differenziert nach Psychotherapieausrichtung	134
Abb. 35: Behandlungsbereitschaft differenziert nach Ausbildungsinhalt	135
Abb. 36: Erfahrung und Behandlungsbereitschaft	136
Abb. 37: Durchführbarkeit von Psychotherapie differenziert nach Motivation	137
Abb. 38: Gründe ausbleibender Behandlungen	138
Abb. 39: Gründe ausbleibender Behandlung differenziert nach Behandlungsmotivation	139
Abb. 40: potenzielle Erschwernisse	141
Abb. 41: behandelte psychische Störungen	144
Abb. 42: Verhaltensstörungen und Problembereiche	146
Abb. 43: Bestandteil in der Ausbildung allgemein	151
Abb. 44: Bestandteil in der Ausbildung differenziert nach Ausbildungsbereichen	152
Abb. 45: Behandlung differenziert nach Ausbildungsinhalt	152
Abb. 46: Veränderungspotentiale	154
Abb. 47: Relevanz begleitender Aspekte	155

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Einteilung der Ausprägung von Intelligenzminderung (nach Dilling u. a., 2014, S. 311ff.; ICD-10-GM Version 2013, Kapitel V)	19
Tab. 2:	Übersicht der Klassifikationskategorien der ICD-10 (eigene Zusammenfassung nach Dilling u. a., 2014)	27
Tab. 3:	Diagnostisch-methodische Probleme bei Menschen mit Intelligenzminderung (Schmidt 2007, S. 26)	45
Tab. 4:	Altersstruktur der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten („Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet gesamt“, 2015, S. 16).	49
Tab. 5:	Behandlungseinleitung, Kurzzeit- und Probetherapie- §23a in Arndt & Klingen, 2011, S. 182f.	56
Tab. 6:	Bewilligungsschritte in der Langzeittherapie [...] - § 23b in Arndt & Klingen, 2011, S. 183	57
Tab. 7:	Berufserfahrung in Jahren (klassifiziert)	102
Tab. 8:	Haupttätigkeitsort	103
Tab. 9:	Führen einer Warteliste differenziert nach Haupttätigkeitsort	107
Tab. 10:	Häufigkeitsverteilung Erfahrung (Mehrfachnennungen möglich)	108
Tab. 11:	angegebener Gesamtstundenumfang differenziert nach Erfahrung und Therapieausrichtung	118
Tab. 12:	durchschnittlicher Behandlungstundenumfang erwachsener Menschen mit IM	127
Tab. 13:	behandelte psychische Störungen nach ICD-10	145
Tab. 14:	Übersicht über behandelte Verhaltensstörungen und Problembereiche	148

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abbildung	Abb.
Analytisch fundierte Psychotherapie	AT
Baden-Württemberg	Ba-Wü
Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation	DC-LD
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde	DGPPN
Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung	DGSGB
Diagnostic Manual-Intellectual Disability	DM-ID
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	DSM-5
ebenda	ebd.
Gemeinsamer Bundesausschuss	G-BA
International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems	ICD-10
International Classification of Functioning, Disability and Health	ICF
Mensch mit Intelligenzminderung	Mensch mit IM
Intelligenzquotient	IQ
Landespsychotherapeutenkammer	LPK
Millionen	Mio.
Psychiatric assessment schedule for adults with developmental disabilities	PAS-ADD
Psychologischer Psychotherapeut	PP
Psychotherapie	PT
Schema der emotionalen Entwicklung	SEO
sogenannten	sog.
Standardabweichung	SD
Stunde	h
IBM SPSS Statistics	SPSS
Tabelle	Tab.
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und andere	TP
vergleiche	u. a.
Verhaltenstherapie	vgl.
Weltgesundheitsorganisation	VT
Zum Beispiel	WHO
	z.B.

I Einleitung

Herr B. ist 45 Jahre alt und hat Trisomie 21 sowie eine leichte Form der Intelligenzminderung. Er wohnt seit rund 20 Jahren in einer großen stationären Einrichtung der Behindertenhilfe auf dem Land. Mit ihm wohnen weitere elf Menschen in einer Wohngruppe. Seit einiger Zeit hat sich das Verhalten des Bewohners verändert. Er wird ohne ersichtlichen Anlass unruhig, verlässt fluchtartig den Raum oder wirft mit Gegenständen um sich. Nachts schläft er spät ein und scheint mehrmals wach zu werden, da er tagsüber Zeichen von Übermüdung und Schlafmangel zeigt. Er scheint vor irgendetwas Angst zu haben. Was der genaue Auslöser für seine offensichtliche Angst ist, wird für die Mitarbeiter der Gruppe während einer Essenssituation ersichtlich. Während eines Abendessens befindet sich im Essbereich der Wohngruppe eine Fliege. Als Herr B. diese entdeckt, wirft er den Teller in die Richtung der Fliege, stößt den Tisch um und verlässt schreiend den Essbereich.

In einer Fallbesprechung in der Wohngruppe wird beraten, welche Möglichkeiten es gibt, um Herrn B. bei der beobachteten Angst vor Fliegen zu helfen. Verschiedene Optionen, wie beispielsweise die pädagogische Intervention, das Ignorieren der Angst oder der Einsatz von Psychopharmaka werden als ungeeignet ausgeschlossen. Im Team einigt man sich darauf, Herrn B. im Rahmen einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in einer Praxis zu helfen. Ein Mitarbeiter macht sich, nach Rücksprache mit Herrn B. und dessen Einverständnis auf die Suche nach einem geeigneten Psychotherapeuten. Es werden niedergelassene Psychotherapeuten im Umkreis kontaktiert. Bei vielen Therapeuten ist die Aussicht auf einen Therapieplatz aufgrund langer Wartezeiten oder mangelnder freier Plätze sehr gering. Bei einem Telefonat lehnt der Psychotherapeut die Aufnahme des Mannes auf die Warteliste ab, als er hört, dass neben einer möglichen Angststörung ebenfalls eine Intelligenzminderung vorliegt. Es wird kein geeigneter Therapeut für den Bewohner gefunden. Das angstbezogene Verhalten des Mannes steigert sich so sehr, dass ein Tagesablauf ohne Einschränkungen nicht mehr möglich ist und andere Bewohner der Wohngruppe gefährdet werden. Im Rahmen einer weiteren Fallbesprechung wird die Einweisung des Mannes in eine psychiatrische Klinik als einzig noch zur Verfügung stehender Schritt gesehen.

Trotz des Rechts auf eine Gesundheitsversorgung im selben Umfang, in selber Qualität und nach den selben Standards, wie sie nach der UN-Behindertenrechtskonvention für Menschen ohne Behinderung zur Verfügung stehen soll, gestaltet sich die Suche nach geeigneten Psychotherapeuten in vielen erlebten Fällen als langwierig oder schwierig.

Die UN-Behindertenrechtskonvention (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2013) regelt die Rechte von Menschen mit Behinderungen und wurde am 13. Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet. Diese Grundrechte für Menschen mit Behinderung sind am 03. Mai 2008 in Kraft getreten. In dieser Konvention wird in Artikel 25 die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen geregelt. Zu diesem Bereich zählen auch die seelische Gesundheit und damit die psychotherapeutische Versorgung. Hier gilt es zunächst, ein Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu erreichen. Zudem soll Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und nach demselben Standard zur Verfügung stehen wie anderen Menschen. Diese Gesundheitsleistungen sollen so gemeindenah wie möglich durchgeführt werden. Zudem soll die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen für Menschen mit Behinderung vermieden werden.

Geschichtlich gesehen hat sich in den 50er Jahren "der therapeutische Fokus von der Behandlung der geistigen Behinderung selbst, hin zur Unterstützung bei der Bewältigung der damit verbundenen Einschränkungen und Probleme verlagert" (Sappok, Voß, Millauer, Schade, & Diefenbacher, 2010, S. 827). Erst "in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde zunehmend die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren bei Menschen mit Intelligenzminderung (sic) untersucht" (ebd.). Um die eben erwähnte Unterstützung zur Bewältigung zu fördern, wurde in einer *Empfehlung des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten zum Aktionsplan des Europarats zur Förderung der Rechte und vollen Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft* aus dem Jahr 2006 zum Ziel erklärt, "die Angehörigen der Gesundheitsberufe so auszubilden, dass sie für die Behinderungen sensibilisiert sind und gleichzeitig die Kompetenz und Methodik erwerben, um den spezifischen Bedürfnissen behinderter Menschen Rechnung zu tragen" (Europarat, 2006, Ziffer IX). Auch in der im Jahr 2006 verabschiedeten Musterberufsordnung für PP und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden explizit im §13 Regeln für den "Umgang mit eingeschränkt einwilligungsfähigen Patienten" aufgenommen (Seidel, 2008, S. 139). Psychotherapeuten und weitere therapeutisch Tätige werden daher angehalten, sich mit dem Personenkreis zu beschäftigen, auch wenn nach Seidel (2008, S. 139) „das Regelversorgungssystem [...] eher immer weniger in der Lage [ist], den besonderen Bedarfslagen und Bedürfnissen von Menschen mit geistiger Behinderung gerecht zu werden.“ Nach Werther und Henicke (2008, S. 118) habe "Nicht zuletzt die zunehmende Präsenz von Menschen mit oftmals bizarren, auffälligen und ungewohnten Verhaltensweisen in der Öffentlichkeit [...] die Bereitschaft [erhöht], therapeutisch auf diese Äußerungsformen einzuwirken".

Ein in der Praxis erlebter Mangel an quantitativen und qualitativen therapeutischen Angeboten für Menschen mit Intelligenzminderung (im Folgenden abgekürzt Menschen mit IM) und psychischen Störungen sowie fehlende Forschungen zu diesem Thema bilden die Grundlage für die vorliegende Fragebogenerhebung. Es sollen in der Folge die Psychologischen Psychotherapeuten (im Folgenden abgekürzt PP) in Baden-Württemberg (im Folgenden abgekürzt Ba-Wü) bezüglich der psychotherapeutischen Versorgungssituation erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in Ba-Wü befragt werden. Diese Master-Thesis im Studiengang Klinische Heilpädagogik wird in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer (im Folgenden abgekürzt LPK) von Ba-Wü verfasst. Das Thema der psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen hat eine besondere Relevanz, da die Heilpädagogik als Brücke zwischen den Disziplinen Pädagogik und Therapie fungiert.

In der nachfolgenden Arbeit werden im Theorieteil die Themenbereiche Intelligenzminderung (Kapitel 1), psychische Erkrankungen (Kapitel 2), Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen (Kapitel 3), Psychotherapie (im Folgenden abgekürzt PT) allgemein (Kapitel 4) und Psychotherapie bei Menschen mit IM und psychischen Störungen (Kapitel 5) dargestellt. Im empirischen Teil wird der aktuelle Forschungsstand zur psychotherapeutischen Versorgungssituation allgemein und bezogen auf Menschen mit IM für Deutschland und den internationalen Raum erläutert (Kapitel 6). Anschließend werden die Ziele und Forschungsfragen dieser Arbeit in Kapitel 7 benannt. Es soll die psychotherapeutische Versorgungssituation erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Ba-Wü erfasst werden. Weiterhin sollen Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Gründe für Nicht-Behandlungen, behandelte psychische Störungen, Vorbereitung der Psychotherapeuten auf die Behandlung sowie Verbesserungspotenziale erhoben werden. Die Forschungsmethode, Ablauf der Forschung, Auswahl der zu befragenden Personen, Erhebungsmethode sowie Datenanalyse und -auswertung werden in Kapitel 8 begründet. In einem letzten Schritt erfolgt in Kapitel 9 die Darstellung der Ergebnisse. In Kapitel 10 werden die Ergebnisse anhand der Forschungsfragen dargestellt. In Kapitel 11 wird die befragte Personengruppe mit der Gesamtheit aller PP verglichen. Die Ergebnisse werden in Kapitel 12 interpretiert und mit Ergebnissen aus anderen Forschungen diskutiert. Im Diskussionsteil dieser Arbeit (Kapitel 13) werden die Erhebungsmethode und der Aufbau sowie die Gestaltung des Fragebogens reflektiert, bevor in einem weiteren Schritt der Forschungsprozess kritisch hinterfragt wird. In einem letzten Kapitel (Kapitel V) werden offene Fragen, Anregungen für weitere Forschungen sowie Handlungsmöglichkeiten zu einer möglicherweise erforderlichen

Verbesserung der Versorgungssituation dargestellt und die Relevanz der Ergebnisse für die Heilpädagogik erläutert.

In der vorliegenden Arbeit wird aufgrund der besseren Lesbarkeit auf eine geschlechtsspezifisch differenzierte Schreibweise verzichtet, sofern diese nicht beim Zitieren übernommen werden muss. Personenbezeichnungen, die nur in der maskulinen oder femininen Form verwendet werden, meinen stets auch die andere Form.

II Theorieteil

Im folgenden Kapitel werden Begrifflichkeiten und Grundhaltungen, die für die vorliegende Forschung von Bedeutung sind, dargestellt und definiert. Zunächst wird der Begriff Intelligenzminderung aus verschiedenen Sichtweisen erläutert, psychische Störungen werden definiert und unterschiedliche Formen kurz beleuchtet. Anschließend werden psychische Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung beschrieben. Nachfolgend wird ein Überblick über PT im Allgemeinen gegeben, bevor auf PT bei erwachsenen Menschen mit IM näher eingegangen wird. In einem letzten Schritt werden aktuell relevante Forschungen dargestellt.

1 Intelligenzminderung

In diesem Kapitel wird Intelligenzminderung aus verschiedenen Blickwinkeln definiert, epidemiologische sowie ätiologische Daten und der Verlauf von Intelligenzminderungen werden dargestellt. In einem letzten Schritt wird auf komorbide Störungen eingegangen.

1.1 Intelligenzminderung aus unterschiedlichen Perspektiven

In der Literatur lässt sich keine vollständige Einstimmigkeit über die Definition des Begriffs Intelligenzminderung finden (vgl. Bleidick, 1999). Seit der Begründung des Begriffs der geistigen Behinderung 1958 durch die Elternvereinigung 'Lebenshilfe für das geistige Kind' sind viele Versuche unternommen worden, geistige Behinderung zu beschreiben und zu definieren (vgl. Speck, 2012). Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es allerdings keine umfassende und einheitliche Beschreibung oder Kennzeichnung von Menschen, die als geistig behindert gelten (vgl. Theunissen, 2011a; Fornefeld, 2002; Bundschuh, Heimlich & Krawitz, 2007). Fornefeld (2002, S. 45) sieht als Ursache für die erwähnte Problematik bei der Begriffsbestimmung die Einzigartigkeit des Erscheinungsbilds Behinderung. Behinderung ist keine immer bestehende Eigenschaft einer Person, sondern wird auch durch die Lebensumstände und den sozialen Rahmen bedingt (Fornefeld 2002, S. 46). Es ist dennoch möglich, geistige Behinderung unter fachspezifischen Sichtweisen zu betrachten und zu erklären.

Ahlemeyer (2010, S. 14) merkt an, dass Begriffe wie Oligophrenie, geistige Behinderung und Intelligenzminderung häufig synonym verwendet werden, in unterschiedlichen Zusammenhängen geprägt wurden und ihren jeweils eigenen geschichtlichen Hintergrund besitzen. Üblicherweise werden im deutschsprachigen Raum die Begriffe Intelligenzminderung und geistige Behinderung verwendet, wobei der Begriff der Intelligenzminderung in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (im

Folgenden abgekürzt als ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (im Folgenden abgekürzt als WHO) geprägt wurde und gleichbedeutend mit dem Begriff der geistigen Behinderung ist (vgl. Seidel, 2007). In dieser Forschungsarbeit wird aufgrund des medizinischen (psychologischen und psychiatrischen) Hintergrunds die Bezeichnung Menschen mit IM verwendet (vgl. Seidel, 2013).

Einige Sichtweisen werden, mit Bezug zur Verankerung der Forschungsarbeit im psychologischen Bereich, im Folgenden erläutert.

1.1.1 medizinische Sichtweise

Die medizinische Sichtweise auf Intelligenzminderung kann als defizitorientiert bezeichnet werden (vgl. Neuhäuser, 2000). Aus dieser Perspektive hat Intelligenzminderung ihre Ursache in einer organischen Schädigung, meist der direkten oder indirekten Schädigung des Gehirns (vgl. Fornefeld, 2002; Speck, 2012). Die Schädigung des Gehirns wird als zentrale Bedeutung als Ursache von geistiger Behinderung gesehen (Fornefeld, 2002, S. 51; Speck, 2012, S. 58). Diese kann in der Folge verschiedene Körperfunktionen beeinträchtigen. Weiterhin werden Denkprozesse, Wahrnehmungen, Verhaltensweisen und Empfindungen beeinflusst (vgl. Fornefeld, 2002). Der Mensch mit Behinderung leidet „als kranke Person an einem gestörten Prozess, was äußerlich zu sichtbaren Symptomen und Syndromen führt, die als wesensbedingte Anteile der Person diagnostiziert und kategorisiert werden.“ (Fischer, 2008, S. 21) Intelligenzminderung ist keine Krankheit, die es zu heilen gilt; die Begrifflichkeit bezeichnet lediglich eine Begrenztheit der intellektuellen Fähigkeiten eines Menschen, die ihre Auswirkungen auch im sozialen Bereich hat (Neuhäuser, 2000, S. 31).

Neuhäuser (2000, S. 38) merkt kritisch an, dass Intelligenzminderung nicht als einheitliche und definierte Störung gesehen werden darf. Intelligenzminderung ist nicht starr, sondern kann sich im Laufe einer Entwicklung durch soziale Faktoren verändern.

1.1.2 psychologische Sichtweise

Um eine Intelligenzminderung zu diagnostizieren, wurde lange Zeit der Grad der geminderten Intelligenz einer Person einzig mittels Intelligenztests gemessen (Speck, 2012, S. 60). Die intellektuelle Einschränkung des Menschen stand im Vordergrund. Mittlerweile wurde sie mit der Fähigkeit der sozialen Anpassung gekoppelt (Speck, 2012, S. 61). Intelligenzminderung bezieht sich nun nicht mehr nur auf die kognitive Begabung, sondern ist auch mit der Fähigkeit verbunden, die für die jeweilige Entwicklungsstufe speziellen Anforderungen meistern zu können (Mehler-Wex & Warnke, 2008, S. 169). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Intelligenzminderung aus psychologischer Sicht als intellektuelle Retardierung verstanden wird (Theunissen, 2011a,

S. 16). Allerdings werden in der ICD-10 bei der Diagnostik einer Intelligenzminderung sowohl der Intelligenzquotient (im Folgenden abgekürzt als IQ) als auch soziale Anpassungsleistungen berücksichtigt (Theunissen, 2011a, S. 17).

Im Sinne der ICD-10 ist eine Intelligenzminderung

„eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, mit besonderer Beeinträchtigung von Fertigkeiten, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzminderung kann allein oder zusammen mit einer anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten. [...] Das Anpassungsverhalten ist stets beeinträchtigt, eine solche Anpassungsstörung muss aber bei Personen mit leichter Intelligenzminderung in geschützter Umgebung mit Unterstützungsmöglichkeiten nicht auffallen.“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2014, S. 308)

Intelligenzminderung wird dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen (Kapitel V, F70 bis F79) zugeordnet. Eine Unterteilung in verschiedene Ausprägungsgrade wird wie folgt vorgenommen:

	Sprache	Selbstständigkeit	IQ-Werte	Intelligenzalter im Erwachsenenalter
leichte Intelligenzminderung (F70)	<ul style="list-style-type: none"> - verzögerter Spracherwerb - normale Konversation im Alltag möglich - Sprachverständnis und Sprachgebrauch oft in unterschiedlichem Ausmaß verzögert - Probleme beim Sprechen möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - volle Unabhängigkeit in der Selbstversorgung, in praktischen und häuslichen Tätigkeiten möglich - Arbeit ist möglich - Unterhalten sozialer Beziehungen 	IQ-Wert von 50 bis 69	9 bis unter 12 Jahre
mittelgradige Intelligenzminderung (F71)	<ul style="list-style-type: none"> - verlangsamte Entwicklung von Sprachverständnis und Sprachgebrauch - ausreichende Kommunikationsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Erwerb von Fähigkeiten im Bereich der Selbstversorgung und motorischen Fertigkeiten verzögert - teilweise lebenslange Beaufsichtigung notwendig 	IQ-Wert von 35 bis 49	6 bis unter 9 Jahre

		<ul style="list-style-type: none"> - in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit erforderlich - Strukturierung von Aufgaben und Beaufsichtigung erforderlich - vollständig unabhängiges Leben nur selten möglich 		
schwere Intelligenzminderung (F72)		<ul style="list-style-type: none"> - andauernde Unterstützung und Überwachung notwendig 	IQ-Wert zwischen 20 und 34	3 bis unter 6 Jahre
schwerste Intelligenzminderung (F73)	<ul style="list-style-type: none"> - sehr rudimentäre Formen nonverbaler Kommunikation möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - immobil oder sehr in Bewegungsfähigkeit eingeschränkt - inkontinent - wenig oder keine Fähigkeit, für eigene Grundbedürfnisse zu sorgen 	IQ-Wert auf unter 20 geschätzt	unter 3 Jahre

Tab. 1: Einteilung der Ausprägung von Intelligenzminderung (nach Dilling u. a., 2014, S. 311ff.; ICD-10-GM Version 2013, Kapitel V)

1.1.3 psychiatrische Sichtweise

Im Sinne des DSM-5, welches 2013 veröffentlicht wurde, ist eine Intelligenzminderung „eine Störung, die während der frühen Entwicklungsphase beginnt und die sowohl intellektuelle als auch adaptive Funktionsdefizite in konzeptuellen, sozialen und alltagspraktischen Bereichen umfasst.“ (Falkai, Wittchen, Döpfner, Gaebel, Maier u. a., 2015, S. 43)

„Hauptmerkmale der Intellektuellen Beeinträchtigung (Intellektuellen Entwicklungsstörung) stellen eine deutlich unterdurchschnittliche allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit (Kriterium A) und Einschränkungen der alltäglichen Anpassungsfähigkeit im Alters-, Geschlechts-, und soziokulturellen Vergleich zu Gleichaltrigen dar (Kriterium B). Der Beginn liegt in der Entwicklungsphase (Kriterium C).“ (Falkai u. a., 2015, S. 46)

Zur Diagnose einer Intelligenzminderung müssen folglich die drei Kriterien „Defizite in intellektuellen Funktionen“, „Defizite in der Anpassungsfähigkeit“, „Beginn der intellektuellen und adaptiven Funktionsdefizite in der frühen Entwicklungsphase“ erfüllt sein (Falkai u. a., 2015, S. 43). Zu den intellektuellen Funktionen werden beispielsweise Schlussfolgern, Problemlösen, Planen, abstraktes Denken, Urteilen, schulisches Lernen und Lernen aus Erfahrung gezählt. Adaptives Schlussfolgern im kognitiven, sozialen und alltagspraktischen Bereich wird dem Bereich der Anpassungsfähigkeit zugeordnet.

„Der kognitive (schulische) Bereich umfasst u. a. Kompetenzen in Bezug auf Gedächtnis, Sprache, Lesen, Schreiben, mathematisches Schlussfolgern, Aneignung von praktischem Wissen, Problemlösen und Urteilen in neuartigen Situationen. Der soziale Bereich bezieht u. a. das Bewusstsein bezüglich der Gedanken, Gefühle und Erfahrungen anderer, Empathie, interpersonelle Kommunikationsfertigkeiten, die Fähigkeit zu Freundschaften und soziales Urteilen mit ein. Der alltagspraktische Bereich beinhaltet u. a. das Erlernen und die selbstständige Bewältigung von alltäglichen Aufgaben in verschiedenen Lebensbereichen, einschließlich der eigenen Versorgung, beruflicher Aufgaben, Umgang mit Geld, Erholung, eigener Verhaltenssteuerung, und die Organisation von schulischen und beruflichen Aufgaben. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit, Bildung, Motivation, Sozialisation, persönliche Eigenschaften, berufliche Möglichkeiten, kulturelle Erfahrungen und begleitende allgemeine körperliche Erkrankungen oder psychische Störungen beeinflussen diese Anpassungsfähigkeit.“ (Falkai u. a., 2015, S. 46f.)

Aufgrund der Defizite in der Anpassungsfähigkeit werden altersentsprechende und gesellschaftliche Standards von Selbstständigkeit und sozialer Kompetenz nicht erreicht. Das DSM-5 (Falkai u. a., 2015, S. 43) spricht von Folgen für betroffene Menschen:

„Ohne eine kontinuierliche Unterstützung schränken diese adaptiven Beeinträchtigungen das Funktionsniveau in einer oder mehreren Aktivitäten des täglichen Lebens ein, beispielsweise in der Kommunikation, in der sozialen Teilhabe und in einem unabhängigen Leben. Diese Einschränkungen erstrecken sich über mehrere Lebensbereiche, wie Familie, Schule, Arbeit und soziales Umfeld.“

Zur Sicherung der Diagnose müssen alle drei Kategorien lebensgeschichtlich oder im aktuellen klinischen Erscheinungsbild erfüllt sein (Falkai u. a., 2015, S. 48).

Die Einteilung der unterschiedlichen Schweregrade der Intelligenzminderung basieren also auf dem adaptiven Funktionsniveau des Einzelnen und nicht auf IQ-Werten (Falkai u. a., 2015, S. 43).

Menschen mit einem leichten Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung haben im Sinne des DSM-5 Schwierigkeiten bei der altersadäquaten Regulation von Emotionen und Verhalten, sind eingeschränkt in der Lage, Gefahren in sozialen Situationen zu erkennen und sind leicht durch Dritte zu beeinflussen. Bei Problemen und Lösungswegen sind wiederkehrende bzw. verhaftete Herangehensweisen beobachtbar. In alltäglichen Anforderungen ist eine normale Konversation, ebenso wie eine altersentsprechende Selbstsorge möglich. Bei komplexeren Alltagsaufgaben ist Unterstützung durch Dritte

erforderlich. Anleitung und Unterstützung erfordert auch die Organisation der Freizeitgestaltung sowie die Bewältigung familiärer Aufgaben. Menschen mit einem mittleren Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung zeigen über die gesamte Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten hinweg eine verlangsamte Entwicklung und benötigen täglich Hilfestellung bei kognitiven Anforderungen des alltäglichen Lebens. Persönliche Bedürfnisse können nach längerer Anlernzeit befriedigt werden, auch die Teilhabe an allen häuslichen Aufgaben ist möglich. Deutliche Unterschiede im Vergleich zu Gleichaltrigen zeigen sich im sozialen und kommunikativen Verhalten. Es ist ein deutliches Maß an Unterstützung erforderlich, damit die Person soziale Reize wahrnehmen und interpretieren sowie soziale Erwartungen erfüllen kann. Zahlreiche Freizeitaktivitäten sind möglich, wenn Unterstützung und Lernmöglichkeiten über einen längeren Zeitraum gegeben sind. Die gesprochene Sprache ist das vorrangig genutzte Kommunikationsmittel, ist aber weniger komplex als bei Gleichaltrigen. Menschen mit einer schweren intellektuellen Beeinträchtigung benötigen intensive Betreuung, um Probleme lösen zu können. Die Kommunikation über Sprache ist anhand einzelner Wörter oder Sätze möglich. Das Sprachverständnis umfasst einfache Anweisungen und auch nonverbale Kommunikation. Im Alltag benötigen diese Menschen kontinuierliche Unterstützung und Anleitung, um im Wohnumfeld, in der Freizeit und bei der Arbeit teilhaben zu können. Eine Aneignung von Fertigkeiten erfordert in allen Bereichen des Lebens fortlaufende Unterstützung und lebenslanges Lernen. In der extremen Form der intellektuellen Beeinträchtigung umfassen die kognitiven Fähigkeiten die physische Welt. Räumlich-visuelle Fertigkeiten, die sich auf Merkmale eines Gegenstandes beziehen, können erworben werden. Einfache Instruktionen und Gesten werden verstanden, eigene Wünsche und Bedürfnisse werden vorwiegend nonverbal ausgedrückt. Bei allen Anforderungen des täglichen Lebens ist eine Unterstützung erforderlich. Freizeitaktivitäten können sich mit entsprechender Unterstützung auf Freude beim Musikhören, Fernsehen, bei Spaziergängen oder Wasseraktivitäten beziehen. Häufig behindern begleitende sensorische oder körperliche Beeinträchtigungen die Teilhabe zu Hause oder an Erholungs- und Freizeitaktivitäten (Falkai u. a., 2015, S. 44f.)

1.1.4 bio-psycho-soziale Sichtweise

Aus bio-psycho-sozialer Perspektive, wie sie in der International Classification of Functioning, Disability and Health (im Folgenden abgekürzt mit ICF) der WHO seit Mitte des Jahres 2001 vertreten wird, ist Behinderung eine „Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit“ („DIMDI- ICF Version 2005“, 2005, S. 4), um Lebenssituationen meistern und am Leben in der Gesellschaft teilnehmen zu können (Theunissen, 2011a, S. 34). Funktionsfähigkeit meint den Überbegriff für Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe.

Behinderung aus Sicht der ICF entsteht als negative Wechselwirkung zwischen einem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren einer Person. Theunissen (2011a, S. 43) erwähnt, dass nun nicht mehr Personen klassifiziert und ihnen unterschiedliche Behinderungen zugeteilt werden, sondern Situationen beschrieben werden, welche den Menschen bei der Ausführung von Aktivitäten oder der Partizipation einschränken und ihn somit behindern.



Abb. 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF („DIMDI- ICF Version 2005“, 2005, S. 23)

Innerhalb der ICF werden Informationen gegliedert. So besteht sie aus zwei Teilen mit je zwei Komponenten. Der erste Teil ist der der Funktionsfähigkeit und Behinderung. Zu ihm zählen Körperfunktionen und Körperstrukturen sowie Aktivitäten und Teilhabe. Körperfunktionen sind „physiologische Funktionen von Körpersystemen“ („DIMDI- ICF Version 2005“, 2005, S. 16), Körperstrukturen werden als „anatomische Teile des Körpers“ (ebd.) definiert. Eine Aktivität wird im Sinne der ICF als das definiert, was ein Mensch tut. Partizipation bedeutet „das Einbezogenensein in eine Lebenssituation“ (ebd.). Der zweite Teil ist der der Kontextfaktoren. Dazu zählen Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren („DIMDI- ICF Version 2005“, 2005, S. 13ff.). Anhand dieser Komponenten kann die Lebenssituation eines Menschen dargestellt werden. Verändert sich eine Komponente, so beeinflusst sie alle anderen Komponenten ebenfalls, d.h. sie beeinflussen sich wechselseitig. Behinderung ist demnach eine Einschränkung bzgl. einer der Komponenten, welche sich auf Aktivitäten, Teilhabe oder Körperfunktionen auswirkt.

1.1.5 pädagogische Sichtweise

Unter pädagogischen Gesichtspunkten haben Menschen mit IM mehr oder weniger starke Beeinträchtigungen beim Lernen. Die Behinderung des Menschen beeinflusst die Möglichkeit, Lernerfahrungen zu machen. Dennoch wird jedem Menschen die Fähigkeit zugesprochen, lernfähig zu sein und Lernerfahrungen machen zu können (Mühl, 2000, S. 47). Behinderung wird als Schädigung des Menschen angesehen, welche Folgen für das Lernvermögen sowie Erschwernisse des Erziehungs- und Bildungsprozesses mit sich bringen (Fornefeld, 2002, S. 73f.). Dies wirkt sich auf die selbständige Lebensführung aus

(vgl. Fornefeld, 2002). „Allen gemein ist eine starke Beeinträchtigung ihres Lernens mit Einschränkungen für ein selbstbestimmtes Leben.“ (Fornefeld, 2002, S. 67) Gerade Fähigkeiten, die sich durch Wiederholungen festigen, werden schwerer erlernt. Die Entwicklung in den Bereichen der Wahrnehmung, der Motorik, der Kognition, der Emotionalität und der Sprache können verzögert oder erschwert sein (Fornefeld, 2002, S. 68). Menschen mit IM zeigen Besonderheiten in ihrem Lernverhalten, wie beispielsweise mangelnde Umstellungsfähigkeit, Verlangsamung, mangelnde Merkfähigkeit oder Transferinsuffizienz (Mühl, 2000, S. 52). Mühl (2000, S. 51) erweitert diese Sicht und spricht von Behinderung als einer Beeinträchtigung der sozialen Kompetenz und der sozialen Anpassung. Als einen Bereich, der wegen der Behinderung in unterschiedlicher Ausprägung beeinträchtigt sein kann, nennt er die Fähigkeit zur sozialen Interaktion.

Speck (2012, S. 51) definiert geistige Behinderung unter heilpädagogischen Aspekten als

„eine Erscheinungsform menschlicher Eigenart [...], bei der als Folge bio-organischer Schädigungen lebenslang ein erheblicher Rückstand der mentalen (geistigen oder intellektuellen) Entwicklung zu beobachten ist. Dieser wirkt sich verschiedenartig auf das Verhalten aus und manifestiert sich in einer erheblich beeinträchtigten Lernfähigkeit, so dass eine spezialisierte pädagogische Förderung notwendig wird.“

Auf weitere Sichtweisen von Intelligenzminderung, wie beispielsweise die soziologische oder rechtliche Sichtweise, kann aufgrund des Umfangs der Forschungsarbeit und der thematischen Verankerung der Arbeit im psychiatrisch-psychologischen Bereich nicht näher eingegangen werden. In der nachfolgenden Arbeit wird der Begriff Mensch mit IM verwendet.

1.2 Epidemiologie

Die internationalen Angaben zur Prävalenz von Intelligenzminderungen liegen aufgrund unterschiedlich verwendeter Erfassungs- und Definitionskriterien von Intelligenzminderung zwischen 0,6 und 1,8% (vgl. Häbeler, 2014; Sappok u. a., 2010; Seidel, 2007). Nach Auffassung der WHO ist die Häufigkeit von Intelligenzminderung in der Durchschnittsbevölkerung zwischen einem und drei Prozent anzusiedeln (vgl. Seidel, 2007). Neuhäuser, Steinhausen, Häbeler, Sarimski, von Gontard & Lachwitz (2013, S. 159) sowie Falkai u. a. (2015, S. 48) nennen für Deutschland eine Gesamtprävalenz von etwa einem Prozent. Falkai u. a. (2015, S. 48) geben für die schwere Form der Intelligenzminderung eine Prävalenzrate von sechs von 1000 Menschen an. Nach Mehler-Wex & Warnke (2008, S. 173) steigt die Prävalenzrate bis zum dritten Lebensjahrzehnt an, und fällt bis zum vierten Lebensjahrzehnt deutlich ab. Je nach angenommener Prävalenzrate wird die aktuelle Zahl von Menschen mit IM in Deutschland zwischen 350 000 bis 820 000 Menschen geschätzt

(Fornefeld, 2013, S. 77; Mehler-Wex & Warnke, 2008, S. 173; Seidel, 2007, S. 5), wovon nach Annahme einer Prävalenz von einem Prozent rund 246 000 Menschen eine mittlere, schwere oder schwerste Form der Intelligenzminderung haben (Fornefeld, 2013, S. 77; Seidel, 2007, S. 5). Seidel (2013a, S. 15) schätzt die Verteilung der Intelligenzminderungen nach Einteilung der ICD-10 auf 80% der leichten Form der Intelligenzminderung, zwölf Prozent der mittelgradigen Form der Intelligenzminderung, sieben Prozent der schweren Form und weniger als ein Prozent der schwersten Form der Intelligenzminderung.

Das DSM-5 (Falkai u. a., 2015, S. 50) sowie Mehler-Wex & Warnke (2008, S. 173) verweisen auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Verteilung von Intelligenzminderung, wonach die Diagnose der Intelligenzminderung bei Männern häufiger als bei Frauen gestellt werde. Fornefeld (2000, S. 65) spricht mit dem Verweis auf andere Studien von einem Verhältnis von 3:2 zwischen Männern und Frauen mit IM.

Intelligenzminderung und deren unterschiedliche Schweregrade treten in allen Ethnien und Kulturen auf (Falkai u. a., 2015, S. 49).

1.3 Ätiologie

Seidel (2013a, S. 16) stellt fest, dass das Spektrum ätiologischer Faktoren für eine Intelligenzminderung außerordentlich breit ist. Genannt werden können pränatale, perinatale und postnatale Ursachen. In Anlehnung an Falkai u. a. (2015), Fornefeld (2000), Mehler-Wex & Warnke (2008), Seidel (2013a) und Mühl (2000) sind unter anderem genetische Anomalien und Syndrome, vorgeburtliche Infektionen und Erkrankungen, intrauterine Mangelernährung, Entwicklungsstörungen oder Fehlbildungen des Gehirns oder des Nervensystems, angeborene Stoffwechselstörungen, Gebrauch und Einwirkungen schädlicher Substanzen als pränatale Ursachen einer Intelligenzminderung möglich. Perinatale Ursachen können beispielsweise Komplikationen bei der Geburt, Geburtstrauma, intrazerebrale Blutungen sowie Sauerstoffmangel oder Minderdurchblutung des Gehirns, Hirnblutungen des Embryos, hypoxisch-ischämische Enzephalopathie und (Prä-)Eklampsien sein. Als mögliche postnatale Ursachen einer Intelligenzminderung gelten z.B. Infektionen des Zentralnervensystems, traumatische Hirnverletzungen bzw. -schädigungen oder Tumore, zerebrale Anfallsleiden, Intoxikationen, soziale Deprivation, Sauerstoffmangel sowie Fehl- und Unterernährung. Weiterhin ist es auch möglich, dass keine Ursachen für eine Intelligenzminderung ausgemacht werden können (Seidel, 2013b, S. 19). Fornefeld (2013, S. 82) nennt als Ursachen schwerer Formen der Intelligenzminderungen häufig organische, oft spezifische exogene oder genetische Ursachen. Als Ursachen leichter Formen der Intelligenzminderung gibt es häufig keine organischen Befunde. Diese Form ist

überwiegend endogen und genetisch, teilweise auch durch multifaktorielle polygene Vererbung bedingt.

1.4 Verlauf

Das DSM-5 (Falkai u. a., 2015, S. 48) als auch die ICD-10 (Dilling u. a., 2014, S. 308) diagnostizieren eine Intelligenzminderung, wenn der Beginn der Intelligenzminderung bereits in der frühen Entwicklungsphase eines Menschen festzustellen war. Je nach Ausprägung der Intelligenzminderung ist diese bei einer stärkeren intellektuellen Beeinträchtigung bereits in frühester Kindheit in den Bereichen der kognitiven, motorischen, sprachlichen oder sozialen Entwicklung, bei leichterer Form der Intelligenzminderung erst mit Eintritt in die Schule zu bemerken (Dilling u. a., 2014, S. 48; Falkai u. a., 2015, S. 308). Durch frühzeitige und kontinuierliche Förderung und Interventionen kann die Anpassungsfähigkeit während der gesamten Lebenszeit verbessert werden (Dilling u. a., 2014, S. 49). Eine Intelligenzminderung ist nicht progredient (ebd.).

1.5 Komorbidität

Komorbidie entwicklungsbezogene, medizinische, körperliche und psychische Beeinträchtigungen treten bei Menschen mit IM teilweise mit einer drei- bis vierfach erhöhten Häufigkeit - verglichen mit der Allgemeinbevölkerung - auf (Falkai u. a., 2015, S. 51).

Seidel (2013a, S. 20) meint, dass „Menschen mit geistiger Behinderung [...] eine Vielzahl zusätzlicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen, akuter und chronischer Krankheiten und Behinderungen auf[weisen]. Das Spektrum dieser Komorbiditäten umfasst nahezu das gesamte Spektrum diagnostischer Kategorien aller medizinischer Disziplinen.“ Weiter merkt er an, dass „Komorbiditäten [...] zusätzliche Hemmnisse der sozialen Teilhabe [sind]. Sie begründen in der Regel einen besonderen quantitativen und qualitativen Mehrbedarf an gesundheits-bezogenen Leistungen für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung [...].“ (Seidel, 2013a, S. 20f.) Auf komorbide Beeinträchtigungen bei Menschen mit IM im Allgemeinen sowie psychische Störungen im Speziellen wird im nachfolgenden Kapitel näher eingegangen.

2 psychische Erkrankungen

In diesem Teil der Arbeit werden die Begriffe psychische Störung und Verhaltensstörung definiert. Es findet ein Versuch einer gegenseitigen Abgrenzung statt. Des Weiteren werden die Epidemiologie, die Diagnostik, die Ätiologie und die Behandlungsmöglichkeiten von psychischen Erkrankungen dargestellt.

2.1 psychische Störung

Nach Došen (2010, S. 22) sind mit dem Begriff psychische Störung "Störungen der psychischen Gesundheit gemeint, die in Lehrbüchern und Klassifikationssystemen als 'seelische Erkrankung', 'psychiatrische Störung oder Krankheit' und 'emotionale Störung' bezeichnet werden". Es sind also Krankheits- oder Zustandsbilder, die mit Diagnosen nach den üblichen Klassifikationssystemen versehen werden können. Dabei handelt es sich um einen rein deskriptiven Begriff (Seidel, 2013, S. 19).

Im Klassifikationssystem DSM-5 wird eine psychische Störung

„als Syndrom definiert, welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamem Leiden oder Behinderungen hinsichtlich sozialer oder berufs-/ ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten" (Falkai u. a., 2015, S. 26).

In der ICD-10 (Dilling u. a., 2014, S. 26) wird eine Störung angezeigt als ein "klinisch erkennbare[r] Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten [...], die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden sind" (Dilling u. a., 2014, S. 26). Dagegen sollten "soziale Abweichungen oder soziale Konflikte allein, ohne persönliche Beeinträchtigungen [...] nicht als psychische Störung im hier definierten Sinne angesehen werden" (Dilling u. a., 2014, S. 26).

Die Autoren des DSM-5 betonen, dass eine Diagnose einer psychischen Störung nicht mit dem Behandlungsbedarf gleichzusetzen ist.

„Ob Behandlungsbedarf besteht, ist eine darüber hinausgehende komplexe klinische Entscheidung, welche den Schweregrad und die Bedeutung von Symptomen [...], das Leiden des Patienten [...], die damit einhergehenden Einschränkungen und Behinderungen sowie Vor- und Nachteile einer Behandlung einbezieht" (Falkai u. a., 2015, S. 26f.).

Erfüllt ein Klient nicht alle Symptomkriterien und erhält damit keine Diagnose, sollte trotzdem eine Behandlung und Versorgung ermöglicht werden (Falkai u. a., 2015, S. 27).

Im Kapitel V (F) des ICD-10 wird eine Klassifizierung der Psychischen Störungen in zehn Gruppen durchgeführt. Die einzelnen Kategorien werden von F0 bis F9 betitelt.

F00- F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (z.B. Demenzen, Delir)
F10- F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (z.B. durch Alkohol oder Opiode)
F20- F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30- F39	Affektive Störungen (z.B. manische Episode, depressive Episode)
F40- F48	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (z.B. Angststörungen, Zwangsstörungen)
F50- F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (z.B. Essstörungen, nichtorganische Schlafstörungen)
F60- F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (z.B. spezifische Persönlichkeitsstörungen, Störungen der Geschlechtsidentität)
F70- F79	Intelligenzminderung (z.B. leichte, mittelgradige, schwere Intelligenzminderung)
F80- F89	Entwicklungsstörungen (z.B. umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen)
F90- F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (z.B. hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens)

Tab. 2: Übersicht der Klassifikationskategorien der ICD-10 (eigene Zusammenfassung nach Dilling u. a., 2014)

2.2 Verhaltensstörung

In der Fachliteratur werden verschiedene Begriffe verwendet, um "auffällige Verhaltensweisen bei Menschen mit IM zu bezeichnen, für die sich keine [...] psychischen Störungen [...], als Grundlage finden" (Seidel, 2014, S. 133). In der Literatur werden u. a. die Bezeichnungen Verhaltensauffälligkeiten, Verhaltensstörungen, herausforderndes Verhalten und Problemverhalten synonym verwendet (vgl. Hennicke, 2011b; Rojahn & Bienstein, 2013; Seidel, 2013). Je mehr das Verhalten stört, desto eher wird es als Verhaltensauffälligkeit oder als Verhaltensstörung bezeichnet (Seidel, 2014, S. 134).

Seidel (2012, S. 13) definiert Problemverhalten als "sozial inakzeptables Verhalten, das Stress, Schaden oder Nachteile für die betreffende Person selbst oder andere Menschen oder Eigentum verursacht und üblicherweise eine Intervention verlangt". Nach Došen, Garner, Griffiths, King & Lapointe (2010, S. 16) wird "Problemverhalten [...]" als ungünstige (maladaptive) Wechselwirkung zwischen der Person (mit bestimmten biologischen, medizinischen, psychologischen Merkmalen und einem bestimmten

Entwicklungsniveau) und ihrer jeweiligen Umwelt verstanden“. Daher kann Problemverhalten keiner diagnostischen Kategorie zugeordnet werden und es kann keine einfache Ursache für das jeweilige Verhalten festgemacht werden (Seidel, 2013, S. 19).

Nach Seidel (2013, S. 19) handelt es sich

„bei Problemverhalten [...] bei aller erscheinungsbildlichen Vielgestaltigkeit um Störungsbilder, die nur aus der nachteiligen Wechselwirkung der individuellen Dispositionen der betroffenen Person – vor allen ihres sozio-emotionalen Entwicklungsniveaus – einerseits mit den Anforderungen und Gegebenheiten seiner konkreten sozialen und physischen Umwelten andererseits ausreichend zu erklären sind“.

Die vielfältigen Verhaltensweisen können eingeteilt werden in Verhaltensweisen, die vordergründlich „andere stören oder gefährden (z.B. fremdaggressives Verhalten), und in solche, die hauptsächlich Betroffenen selbst erhebliche Nachteile oder Gefahren mit sich bringen (z.B. selbstverletzendes Verhalten, Rückzug aus sozialen Aktivitäten)“ (Seidel, 2014, S. 134). Schanze (2007, S. 146) unterscheidet allgemein zwischen sozial störendem Verhalten (Einnässen, Entkleiden in der Öffentlichkeit, Onanieren in der Öffentlichkeit, Kotschmierern, Ruminieren) und expansiven Verhaltensstörungen (sach-, auto-, fremd- und verbalaggressive Verhaltensweisen). Neuhäuser u. a. (2013, S. 155) unterscheiden Verhaltensprobleme nach externalisierenden (z.B. Treten, Schlagen, Kratzen, usw.) und internalisierenden (z.B. ängstliche Verhaltensweisen und sozialer Rückzug) Verhaltensauffälligkeiten. Mischformen, wie Stereotypien (z.B. Körperschaukeln, Armwedeln oder bizarres Handwedeln) oder selbstverletzendes Verhalten treten bei Menschen mit schwerer Behinderung häufiger auf und „stellen eine besonders große Belastung für die Beziehungen zur Umwelt dar“ (Neuhäuser u. a., 2013, S. 155). Besonders bei selbstverletzendem Verhalten sollte die soziale Unerwünschtheit beachtet werden (Rojahn & Bienstein, 2013, S. 29). Im DSM-5 wird hier eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder anderer wichtiger Bereiche genannt (Falkai u. a., 2015, S. 104). Došen (2010, S. 11) komplettiert diese Aussage damit, dass das nicht angepasste Verhalten eine gestörte Interaktion zwischen der Person und ihrer Umwelt zur Folge hat.

Die von Emerson geprägten Begriffe „challenging behavior“ oder „problem behavior“ beschreiben ein Verhalten, „das entweder so störend ist, dass es den betroffenen Menschen selbst oder andere gefährdet, oder so auffällig ist, dass eine Betreuung in der Gemeinschaftseinrichtung nicht funktioniert“ (Voß, 2014, S. 170). Diese Verhaltensweisen umfassen „ganz unterschiedliche Symptome, sowohl expansive, wie Fremd- und Sachaggressionen oder Schreien, als auch Rückzug und Verweigerung. Hinzu kommt der für die forensische Psychiatrie wichtige Bereich der sexuellen Verhaltensauffälligkeiten mit Exhibitionismus oder pädophilen Übergriffen“ (Voß, 2014, S. 170).

Anhand der Ausführungen wird ersichtlich, dass es ausgesprochen schwierig und oft nicht möglich ist, die Begrifflichkeiten psychische Störung und Verhaltensstörung klar voneinander abzugrenzen (vgl. Lingg & Theunissen, 2013). „Zudem gibt es keine klare, eindeutige und objektivierbare Grenze zwischen Normalität und psychischer Störung“ (Dederich, Allar & Fabig, 1999, S. 478). Diese seien definitionsabhängig. Auch aus der Sicht von Došen (2010, S. 22) umfasst der Begriff psychische Störung sowohl psychiatrische Störungen als auch Verhaltensstörungen. Resümierend kann, wie beispielsweise von Seidel (2013, S. 19) postuliert, festgehalten werden, dass „psychische Störungen im engeren und im weiteren Sinn der Ebene des zugrundeliegenden Bedingungs- bzw. Ursachengefüges an[gehören], während die Verhaltensauffälligkeiten der Ebene der Symptomatik oder aber der Ebene der Bewältigung oder Kompensation zugehören“.

Als Resultat kann geschlossen werden, dass eine abgrenzende Erläuterung der unterschiedlichen und synonym verwendeten Begrifflichkeiten zueinander in der vorliegenden Arbeit nicht durchgeführt werden kann. Es bietet sich allerdings an, den in der psychiatrischen Klassifikation und in der Diagnostik verwendeten Begriff der Verhaltensstörung als Arbeitsbegriff zu verwenden.

2.3 Epidemiologie und Prävalenz psychischer Störungen

Nach dem Prävalenzbefund des bundesweiten Gesundheitssurveys aus dem Jahre 1998 leiden 6,3% der deutschen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 65 Jahren an affektiven, neun Prozent an Angst- und 7,5% an somatoformen Störungen (Wittchen, Müller, Pfister, Winter & Schmidt-kunz, 1999, S. 216). Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Insgesamt waren zum Untersuchungszeitpunkt 17,2% der Bevölkerung an einer der drei Störungsgruppen erkrankt. In den zwölf Monaten vor der Untersuchung war nahezu ein Drittel der Bevölkerung (31,1%) von mindestens einer der aufgeführten psychischen Störungen betroffen (Jacobi, Klose & Wittchen, 2004, S. 737). In einer neueren Erhebung von Jacobi u. a. (2014, S. 80) konnte eine 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen im Altersspektrum von 18 bis 79 Jahre von 27,7% ermittelt werden. „Angststörungen stellten mit insgesamt 15,3% die größte Störungsgruppe dar, gefolgt von unipolaren Depressionen (7,7%) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7%). 49,8% der betroffenen Frauen und 36% der betroffenen Männer hatten mehr als eine Diagnose“ (ebd.). (Jacobi & Kessler-Scheil, 2013, S. 192) schätzen nach Kessler u. a. (2005) das Lebenszeitrisko an psychischen Störungen zu erkranken auf circa 50%. Došen (2010, S. 13) schätzt die psychiatrische Morbidität in der Normalpopulation auf 10%.

In vergleichenden Studien von Wittchen, Jacobi u. a. (2011, S. 666) aus den Jahren 2005 und 2011 liegt die Prävalenz in Europa zwischen 27,1% und 27,4%. Die

Forschergruppe hat bei der Auswertung des Jahres 2011 allerdings mehrere Störungsbilder hinzugefügt, die die Prävalenz auf 38,2% steigen lassen (ebd.).

2.4 Diagnostik psychischer Störungen

Die psychologische Diagnostik ist nach Krohne & Hock (2015, S. 3) „eine Methodenlehre innerhalb der Psychologie“. In dieser wissenschaftlichen Tätigkeit gilt es, das Qualitätskriterium der Objektivität zu beachten (ebd.). Für die objektive Beurteilung finden spezielle diagnostische Verfahren Anwendung. Unter Berücksichtigung der allgemein üblichen Testgütekriterien finden die diagnostischen Verfahren Verhaltensbeobachtung, diagnostisches Interview und verschiedene Testverfahren (Stemmler & Margraf-Stiksrud, 2015, S. 5ff.) in der praktischen Tätigkeit Anwendung.

In Anlehnung an Došen (2010, S. 66) und Krohne & Hock (2015, S. 252) können im Rahmen der psychologischen und integrativen Diagnostik unter anderem folgende Untersuchungen und Verfahren Anwendung finden:

- Interview, biographische Anamnese, Exploration
- Verhaltensbeobachtung
- Leistungsdiagnostik, Intelligenzdiagnostik, Vigilanzdiagnostik z.B. WAIS-IV (Melchers & Petermann 2012), K-TIM (Melchers et al., 2006), SON-R (Telegen et al., 2012), Uhrtest
- Verfahren zur Erfassung des sozialen Entwicklungsniveaus und der Anpassungsfähigkeit des Verhaltens sowie zur Erfassung sozial adaptiver Kompetenzen (kognitiv- kommunikative, praktische und soziale Kompetenzen), z.B. Vineland-II (Sparrow u. a. 2005), ABAS-II (Harrison & Oakland 2008), VABS-II (Sparrow, Ciccaetti & Balla 2005), Skalen der sozialen Fähigkeit zur Selbsthilfe für ältere Kinder und Erwachsene auf niedrigem Entwicklungsniveau (SRZ) (Kraijer & Kema, 2004), Skalen der sozialen Fähigkeit zur Selbsthilfe für ältere Kinder und Erwachsene auf höherem Niveau (SRZ- P) (Kraijer & Kema, 2004)
- Verfahren zur Erfassung des emotionalen Entwicklungsniveaus z.B. SEO-Rating (Došen, 2010)
- Verfahren zur Überprüfung spezifischer Fertigkeiten (Gedächtnis, Konzentration, Sprache) z.B. d2 (Brickenkamp, 2002)
- Teilhabefokussierte Instrumente z.B. ICF PsychA&P (Andreas & Schulz, 2011), IMET (Deck, Borowski, Mittag, Hüppe, Raspe, 2011), ICF AT50 (Nosper, 2008)
- Störungsspezifische Diagnostik
- Projektive Verfahren z.B. SET, Rohrschach- Test, Thematische Apperzeptionstest (Murray, 1943, 1991)

2.5 Ätiologie psychischer Störungen

Im Hinblick auf die Ätiologie psychischer Störungen sind Warnke & Lehmkuhl (2011, S. 22) der Meinung, dass es keine einfache und keine allein vorliegende Ursache gibt. Die Autoren gehen von einer multifaktoriellen Verursachung aus, in der es sich um eine Kombination von Veranlagungen, Lebenseinflüssen, Entwicklungsaufgaben und Begleitumständen handelt. Fegert, Eggers & Resch (2011, S. 128f.) resümieren, dass bei allen psychischen Störungen „genetische, somatische und psychosoziale Faktoren im aktuellen Kontext und in der biographischen Entwicklung berücksichtigt werden müssen“. Die Autoren sind der Meinung, dass durch diese Faktoren in unterschiedlicher Gewichtung ein pathogenetisches Mosaik gebildet werde, welches im individuellen Falle zur seelischen Störung führe (ebd.).

Göpel & Schmidt (2009, S. 265) nennen nach Petermann & Schmidt (2006) fünf Faktoren, welche für das Entstehen von psychischen Störungen wesentlich sind. Es werden eine genetisch determinierte Vulnerabilität, eine erworbene Vulnerabilität, chronische und akute Belastungen sowie die Art und Weise der Stressbewältigung genannt. Die Autoren sind der Meinung, dass „das Wechselspiel dieser Faktoren [...] die Ausprägung und den Verlauf einer Störung beeinflussen [kann]“ (ebd.).

Die aktuelle Fachliteratur ist im Hinblick auf die Ätiopathogenese von Verhaltensstörungen weiterhin der Meinung, dass auch hier „ein komplexes, immer individuell zusammengesetztes Bedingungs- und Ursachengefüge verantwortlich“ sei (Seidel, 2014, S. 133).

2.6 Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen

Abgeleitet von der multifaktoriellen Ätiopathogenese kann nur ein multimodales, angemessenes und individualisiertes Behandlungskonzept unter Beachtung der entsprechenden Behandlungsleitlinien in Frage kommen (Fegert u. a., 2011, S. 129). Nach Seidel (2013, S. 23) bedarf es bei Verhaltensstörungen

„immer komplexer, interdisziplinär angelegter Interventionsstrategien, um auf die verschiedenen Faktoren positiv einzuwirken. Dabei muss es sich um Interventionen handeln, die einerseits auf die positive Beeinflussung der Umweltfaktoren, andererseits auf die Dispositionen der betroffenen Personen zielen“.

Hier sind nach Häßler (2011, S. 105ff.) neben der Psychopharmakotherapie vor allem auch die psychotherapeutischen Interventionen (Gruppen- und Einzelbehandlungen) der verschiedenen Schulen, Sonder- und Heilpädagogik, Ergotherapie, Familieninterventionen und soziotherapeutische Interventionen zu nennen.

3 Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen

Menschen mit IM können an allen psychischen Störungen erkranken, die im ICD-10 oder DSM-5 aufgeführt sind.

„Hinzu kommen besondere Störungsbilder, die unmittelbar mit der geistigen Behinderung verknüpft sind. Eine weitere Rolle spielen dabei Verhaltensauffälligkeiten und besondere Manifestationsrisiken für psychische Störungen, die in genetisch bedingte Syndrome einzuordnen sind (sog. Verhaltensphänotypen).“ (Seidel, 2002, S. 484)

Nachfolgend werden psychische Störungen und Verhaltensstörungen bei Menschen mit IM erläutert, wobei, wie bereits erwähnt, in der Fachliteratur im Bereich der Begriffsverwendung keine eindeutige Übereinstimmung zu finden ist. Anschließend wird auf die Epidemiologie, die Prävalenz und auf Komorbiditäten von psychischen Störungen bei Menschen mit IM eingegangen. Ein weiterer Abschnitt beschäftigt sich mit der Ätiologie. Bevor auf die Behandlungsmöglichkeiten von psychischen Störungen eingegangen wird, wird die Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit IM dargestellt.

3.1 psychische Störung bei Menschen mit Intelligenzminderung

“Die Experten auf dem Gebiet psychischer Störungen von Menschen mit geistiger Behinderung stimmen weltweit darin überein, dass diese Personengruppe jede psychische Störung entwickeln kann, die auch in der Durchschnittsbevölkerung auftritt [...]“ (DGPPN, 2009, S. 3f.). Manche Diagnosen, beispielsweise Störungen aus dem Spektrum der Schizophrenie, treten bei Menschen mit IM häufiger auf als in der Durchschnittsbevölkerung. Die Symptomatik und der Verlauf der jeweiligen Störung können deutlich von der üblichen Manifestation abweichen (ebd.). Hennicke, Buscher, Häßler & Roosen-Runge (2009, S. 23) erklären, dass sich „Modifikationen [...] aus dem Schweregrad der Intelligenzminderung wie auch aus der entwicklungsgeschichtlich begründeten besonderen Ausgestaltung der jeweiligen Symptomatiken [ergeben]“.

Nach Göpel & Schmidt (2009, S. 265f.) können vier Kategorien gebildet werden, mit deren Hilfe das gemeinsame Auftreten einer Intelligenzminderung und einer psychischen Störung unterschieden werden kann. Zum einen kann die psychische Störung von der Intelligenzminderung abgeleitet werden. Des Weiteren gibt es psychische Störungen, die auf Grund einer gemeinsamen Pathogenese miteinander verbunden sind. Hier sind nach der DGPPN (2009, S. 3f.) „insbesondere die sog. Verhaltensphänotypen genetisch bedingter Behinderungssyndrome“ zu nennen. In der dritten Kategorie treten „Psychische Störungen und Intelligenzminderungen [...] gemeinsam auf, haben aber keine gemeinsame

Pathogenese“ (Göpel & Schmidt, 2009, S. 265f.). Hier bestimmt „die Intelligenzminderung lediglich die Färbung und den Verlauf der psychischen Störung“ (ebd.). In der vierten Kategorie ist die Intelligenzminderung eine Folge einer komorbiden psychischen Störung. So kommt es beispielsweise im Rahmen eines dementiellen Prozesses zu einem Abbau der Intelligenz (ebd.).

Viele Menschen mit IM zeigen subsyndromale Verhaltensauffälligkeiten. Es werden „charakteristische Merkmale im Verhalten, im neuropsychologischen Profil, im Entwicklungsverlauf oder hinsichtlich besonderer Prädispositionen für umschriebene psychische Störungen, z.B. Alzheimer- Demenz bei Trisomie 21, unter dem Begriff des Verhaltensphänotyps (behavioural phenotype) beschrieben“ (Seidel, 2014, S. 132). Verhaltensphänotypen „kennzeichnen wahrscheinliche, aber nicht regelhaft auftretende Verhaltensmerkmale“ (Steinhausen, 2001, S. 166). Nach Seidel (2000, S. 3) gibt es auf genetischer Grundlage besondere Risiken für psychische Störungen bei Menschen mit IM.

Des Weiteren können nach Seidel (2013b, S. 24f.) epilepsiebezogene psychische Störungen auftreten. Es kann zwischen kurzdauernden psychischen Störungen (z.B. epileptischer Dämmerzustand, Absence) und langdauernden oder chronisch progredienten psychischen Störungen (z.B. organische Persönlichkeitsveränderung) unterschieden werden. Zudem kann es sich um psychische Störungen handeln, die vor, während oder nach den Anfällen auftreten (Seidel, 2013, S. 24f.).

3.2 Verhaltensstörungen bei Menschen mit einer Intelligenzminderung

Neben den psychischen Störungen, die in den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-5 aufgeführt und beschrieben sind, „kommen bei Menschen mit Intelligenzminderung psychische Störungen vor, die sich eben nicht ausreichend durch die Diagnosen nach ICD-10 charakterisieren lassen. Ungefähr jede zweite psychische Störung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung gehört dazu“ (Seidel, 2014, S. 133). Neben der unklaren Klassifikation können die Verhaltensweisen auch nicht durch Arzneimittel(neben)wirkungen erklärt werden (Seidel, 2013, S. 23).

Nach Seidel (2014, S. 137) wird Problemverhalten bei Menschen mit IM in enger Anlehnung an das Diagnostic Criteria in Learning Disabilities (im Folgenden abgekürzt als DC-LD; Royal College of Psychiatrists, 2001, S. 83f.) durch unterschiedliche Kriterien umschrieben. So erfordert die „Häufigkeit, Schwere oder Chronizität des auffälligen Verhaltens [...] ein klinisches Assessment und spezielle Interventionen“ (ebd.). Zudem werde die Lebensqualität des Klienten oder Dritter erheblich negativ beeinflusst (ebd.) und „das Verhalten birgt ernsthafte Risiken für Gesundheit oder Sicherheit des Betroffenen oder Dritter“ (ebd.).

Diese Verhaltensweisen "bewirken oft, dass der betroffenen Person viele entwicklungsnotwendige und wünschenswerte soziale Erfahrungen, Erfahrungen im Bereich Bildung, Arbeit und Freizeit vorenthalten werden. Solche Ausgrenzungen stehen im offenkundigen Widerspruch zu solchen Zielen wie soziale Inklusion, unbeschränkter Zugang zur Gemeinschaft und freier Ausdruck persönlicher Wahl und Vorlieben" (Seidel, 2014, S. 134) bei diesem Personenkreis. Der Zugang einer Person zur Gemeinschaft oder die persönliche Freiheit wird deutlich eingeschränkt (Došen u. a., 2010, S. 16).

Die Verhaltensstörung wird daher auch bei Menschen mit IM „durch ihre soziale Umgebung als Problemverhalten infolge der Frequenz ihres Auftretens, der Schwere (möglicher physischer oder psychischer Schaden für die Person selbst oder für andere oder Sachbeschädigung) und der Dauer [...]“ (Došen u. a., 2010, S. 13), sowie der Situation, in der das Verhalten auftritt, definiert. Allgemein stimmen die Autoren überein, dass Problemverhalten nicht durch eine psychiatrische Diagnose erklärt werden kann. Došen u. a. (2010, S. 28) werben dafür, dass "Problemverhalten [...] nicht in erster Linie als unmittelbares Symptom einer psychischen Störung (psychischen Krankheit) angesehen werden" sollte. Sie finden, dass in "Kombination mit psychologischen und Umweltbedingungen [...] psychische Störungen jedoch das Auftreten und die Form von Problemverhalten beeinflussen" können. Aber auch "Problemverhalten kann [...], indem es zu schwerwiegenden Konflikten mit der Umgebung führt, umgekehrt auch das Auftreten psychischer Störungen fördern" (Došen u. a., 2010, S. 28).

Wenn Verhaltensauffälligkeiten nicht auf eine psychische Störung im Sinne des ICD-10 zurückzuführen sind, "so ist entsprechend der ICD-10 von einer Verhaltensstörung auszugehen, die unter Berücksichtigung des Grades der Intelligenzminderung zu verschlüsseln ist" (Barrett & Feuerheld, 2011, S. 79). Nach ICD-10 kann das Ausmaß der Verhaltensstörung angegeben werden, was aber keinen kausalen Zusammenhang mit der Intelligenzminderung bedeutet (Hennicke u. a., 2009, S. 13 & Dilling u. a., 2014, S. 308). In diesem Zusammenhang wird in den Richtlinien des ICD-10 für Menschen mit IM Selbstverletzendes Verhalten (F7x.11), Pica- Syndrom (F7x.12), Hyperaktivität/Unruhe (F7x.13), Weglaufen, Treiben (F7x.14), aggressives Verhalten (F7x.15) und Haare ziehen (F7x.16) aufgezählt (Schanze, 2007, S. 148). Des Weiteren werden unter F84.4 in der ICD-10 die überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien und unter F84 die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gesondert aufgeführt (Dilling u. a., 2014, S. 308).

Theunissen (2011b, S. 38) listet eine breite Palette von Verhaltensauffälligkeiten auf, die bei Menschen mit IM auftreten können. Er benennt Auffälligkeiten im Sozialverhalten (z.B. schlagen, spucken, treten, andere an den Haaren ziehen, andere beschimpfen, sozialer Rückzug/Isolation), Auffälligkeiten im psychischen (emotionalen) Bereich (z.B.

Wutanfälle, ängstliches Verhalten, Freudlosigkeit, mangelndes Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen), Auffälligkeiten im Arbeits- und Leistungsbereich (z.B. Arbeitsverweigerung, Arbeitsflucht, mangelnde Konzentration, mangelnde Aufmerksamkeit), Auffälligkeiten gegenüber Sachobjekten (z.B. zerstören von Dingen, wegwerfen, entwenden oder verstecken von Dingen, stereotyper Umgang mit Objekten, mangelndes Geschick im Umgang mit Objekten), Auffälligkeiten im somato-physischen (körperlichen) Bereich (z.B. leichte Ermüdbarkeit, mangelnde körperliche Belastbarkeit, motorische Überaktivität, übermäßige Nahrungszufuhr) und selbstverletzende Verhaltensweisen (z.B. sich mit dem Kopf schlagen, sich kratzen, beißen oder mit Dingen Verletzungen zufügen).

Abhängig vom Entwicklungsniveau der jeweiligen Person variieren das subjektive Empfinden der Störung und die Ausdrucksform.

“Auf einem niedrigeren intellektuellen Entwicklungsniveau werden psychische Störungen vorzugsweise durch unangepasstes Verhalten wie Aggressivität, Unruhe und Destruktivität geäußert. Subjektives Leiden der betroffenen Person wird in diesen Fällen durch Interaktionsprobleme überschattet, was zur Folge hat, dass diese Menschen nicht als psychisch leidend, sondern als verhaltensauffällig oder verhaltensgestört diagnostiziert werden” (Došen, 2010, S. 23).

Es gibt Studien, “die den negativen Zusammenhang zwischen Kommunikationsfähigkeit und dem Auftreten von Verhaltensstörungen belegen” (Bird, Dores, Moniz & Robinson, 1989; Duker, 1991; Duker, Jol & Palmen, 1991 in Glasenapp, Elbing, Moschner, & Rohmann, 2000, S. 134). Auch Hackenberg (1996, S. 12) stimmt zu, dass “eine Verhaltensstörung [...] Defizite in der Entwicklung interpersonaler Fähigkeiten widerspiegeln [kann], ohne daß [sic] eine weitergehende Psychopathologie zugrunde liegt”. Sie erläutert, dass beispielsweise “Lern- und Erfahrungsdefizite in der sozialen Interaktion durch unangemessene und stereotype Verhaltensformen kompensiert und durch die hiermit erzielte Aufmerksamkeit aufrechterhalten” (Hackenberg, 1996, S. 12) werden.

Barrett & Feuerheld (2011, S. 82) stellen fest, dass noch immer allzu oft Verhaltensauffälligkeiten einer Intelligenzminderung alleine zugeschrieben werden. Psychische Störungen werden daher bei diesem Personenkreis häufig nicht rechtzeitig erkannt, was die Prognose meist deutlich verschlechtert (Barrett & Feuerheld, 2011, S. 82).

Nach Schanze (2007, S. 145) sind besonders Männer im Alter zwischen 15 und 35 Jahren, welche einen schwerwiegenden Grad der Intelligenzminderung mit zusätzlichen sekundären Behinderungen, mit reduzierten motorischen und kommunikativen Kompetenzen und im Rahmen von genetisch bedingten Verhaltensphänotypen aufweisen, gefährdet, Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln. Nach Došen u. a. (2010, S. 16) und Seidel (2014, S. 131) sind die am häufigsten bei Menschen mit IM auftretenden

Verhaltensstörungen intensive, häufige und dauerhafte Aggressionen, selbstverletzendes Verhalten, Schädigung oder Zerstörung von Eigentum, sexuelle Gewalt und störendes Verhalten.

Nach der DGPPN (2009, S. 3f.) treten bei Menschen mit IM gehäuft Verhaltensauffälligkeiten auf, „die sich aus der Wechselwirkung der individuellen Bedingungen mit der unmittelbaren Umwelt erklären lassen, die aber von psychischen Störungen im engeren Sinne differentialdiagnostisch abgegrenzt werden müssen“.

3.3 Epidemiologie, Prävalenz und Komorbiditäten psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Nach Hennische u. a. (2009, S. 4) ist die Prävalenzrate für psychische Störungen bei Menschen mit IM mindestens drei- bis viermal so hoch wie in der allgemeinen Bevölkerung (vgl. WHO, 1992 in Sappok u. a., 2010; Irblich & Stahl, 2003). Došen (2010, S. 13) geht sogar von einer Prävalenz von 30 bis 50% aus. Die Normalbevölkerung weise eine psychiatrische Morbidität von zehn Prozent auf. Dahingegen liege der Anteil psychischer Störungen bei Menschen mit IM drei- bis fünfmal höher als im Vergleich zur Normalbevölkerung (ebd.).

In einer Untersuchung von Cooper, Smiley, Morrison, Williamson & Allan (2007, S. 31) wurde in einer Stichprobe bei 1023 Erwachsenen (45,1% Frauen und 54,9% Männer) mit IM bei 38,9% eine leichte Form, bei 24,2% eine mittelgradige Form, bei 18,9% eine schwere Form und bei 18,0% die schwerste Form der IM festgestellt. Bei der gesamten Stichprobe erhielten 40,9% eine „mental ill- health of any type“, also eine klinische Diagnose. Davon wurden bei 34,4% „mild intellectual disabilities“ und bei 45% „moderate to profound intellectual disabilities“ festgestellt. Lingg & Theunissen (2013, S. 23) erläutern in Anlehnung an Kulig & Theunissen (2012), dass „etwa 40% aller Menschen mit geistiger Behinderung pädagogisch relevante Verhaltensauffälligkeiten nachgesagt“ werden. Voß (2014, S. 170) stimmt dem zu. Nach Bohlmann (2011, S. 187f.) haben 15% aller Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit IM eine ausschließlich somatische Ursache (z.B. Einschlafstörungen bei Refluxösophagitis). Lediglich bei weiteren 15% liegt eine psychiatrische Störung vor. Eine Kombination aus somatischer Ursache und psychischer Störung liegt bei ca. 30% vor (ebd.). „Bei 40% kann ein unangemessen störendes Verhalten als interaktionell mit appellativem Charakter angesehen werden“ (Bohlmann, 2011, S. 187f.).

Hennische (2013, S. 229) weist bei der Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten auf bis zu 70% hin. Laut Hennische u. a. (2009, S. 4) sei aber bei der Vergleichbarkeit von Studien die unscharfe Abgrenzung von Verhaltensmerkmalen, Symptomen, Verhaltensauffälligkeiten und Diagnosen (vgl. Kapitel 2) ein großes Problem. Daher sind die

Zahlen insgesamt sehr unterschiedlich (vgl. Henricke, 2013). "Selbst wenn psychische Störungen und Problemverhalten gleichzeitig existieren, sind sie nicht unbedingt kausal miteinander verbunden" (Došen u. a., 2010, S. 14). Die unterschiedlichen psychiatrischen Klassifikationssysteme und die große Variationsbreite der Definition von Intelligenzminderung schränken die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Studien sehr ein (Neuhäuser u. a., 2013, S. 143). So seien laut Neuhäuser u. a. (ebd.) in "den meisten Studien an Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung [...] die Prävalenzraten nicht höher als in der Normalbevölkerung. Höhere Raten werden eher in Studien aus Institutionen mit eher mangelnder Repräsentativität berichtet". Auch Henricke & Meins (2000, S. 44) halten die meisten Schätzungen für zu hoch. Sie sprechen sich für eine etwa 50% höhere Prävalenz bei einer leichten Form der Intelligenzminderung und für eine zwei- bis dreifach höhere Prävalenz bei schweren Formen der Intelligenzminderung im Vergleich zu Menschen mit einer durchschnittlichen Intelligenz aus.

Lingg & Theunissen (2013, S. 52) zählen den Grad der Behinderung, das Ausmaß der Institutionalisierung, das Vorliegen einer Epilepsie und das Alter als Einflussvariablen im Hinblick auf das Auftreten von Verhaltensstörungen auf. So habe zudem "der Schweregrad einer Intelligenzminderung [...] zweifelsfrei Auswirkungen auf die Ausprägung einer Psychopathologie und damit auf die Prävalenz psychischer Störungen" (Henricke u. a., 2009, S. 4). "Mit zunehmender Schwere der kognitiven Beeinträchtigung steigt die Wahrscheinlichkeit von Störungen insgesamt" (Irblich & Stahl, 2003, S. 324). Diese Aussage unterstreicht Seidel (2013a, S. 21). Häbeler u. a. (2014, S. 80) beschreiben eine Metaanalyse von McClintock u. a. (2003), wonach eine höhere Prävalenz von aggressiven Verhaltensproblemen in Abhängigkeit vom Geschlecht belegt wird. Zudem wird das Ausmaß stereotyper und selbstverletzender Verhaltensweisen in Abhängigkeit vom Schweregrad der Intelligenzminderung und der Einschränkungen in den rezeptiven und expressiven Sprachfähigkeiten nachgewiesen. Falkai u. a. (2015, S. 51) vermuten, dass die Prognose und das Erscheinungsbild zusätzlicher Diagnosen durch das Vorhandensein einer intellektuellen Beeinträchtigung beeinflusst werden könnten. Des Weiteren weisen nach Henricke u. a. (2009, S. 5) emotionale Störungen und auch Verhaltensauffälligkeiten eine hohe Stabilität auf. "Insgesamt scheint es aber während des Erwachsenenalters keine signifikante Veränderung der Störungshäufigkeit zu geben (Irblich & Stahl, 2003, S. 324). Allerdings fällt laut Rotthaus & Wilms (2012, S. 636) die Prävalenzrate mit zunehmendem Alter auf einen Prozentrang von 20% bei über 65-Jährigen ab. Irblich & Stahl (2003, S. 324f.) stellen in Anlehnung an Cherry u. a. (1997) fest, dass die Dauer und die Intensität von Verhaltenskrisen jedoch im Alter zunehmen.

“Verhaltensstörungen und schizophrene Störungen sind in den englischen und nordamerikanischen Studien die am häufigsten ermittelten Diagnosen, aber auch neurotische und autistische Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen rangieren dort in der Rangfolge relativ weit oben.” (Irblich & Stahl, 2003, S. 324)

Nach Falkai u. a. (2015, S. 51) sind die häufigsten Diagnosen komorbide psychische Störungen und Entwicklungsstörungen bei Menschen mit IM ADHS/ADS, depressive und bipolare Störungen, Angststörungen, Autismus-Spektrum-Störungen, stereotype Bewegungsstörungen, Impulskontrollstörungen und schwere neurokognitive Störungen. Hier sind laut Seidel (2013a, S. 21) beispielsweise Epilepsien zu nennen. Auch schwergradige depressive Störungen können bei allen Schweregraden der Intelligenzminderung begleitend auftreten (Falkai u. a., 2015, S. 51). Aggressive und zerstörerische Verhaltensweisen sind möglich (ebd.). Des Weiteren weisen Menschen mit IM und begleitenden psychischen Störungen ein erhöhtes Suizidrisiko auf. Abhängigkeitserkrankungen treten bei diesem Personenkreis seltener auf (Sappok u. a., 2010, S. 827). Nach Steinhausen (2001, S. 166) sind Ausscheidungsstörungen (Enuresis und Enkopresis) bei Menschen mit IM häufiger zu bemerken, während verschiedene Essstörungen eher selten zu beobachten sind.

Sogenannte neurotische Störungen, Schizophrenien und Persönlichkeitsstörungen werden eher bei leichter geistig behinderten Personen festgestellt (Irblich & Stahl, 2003, S. 324). “Bei männlichen Personen liegt die Auftretensrate vieler dieser Störungen höher als bei weiblichen, insbesondere gilt dies bei Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen. Emotionale und depressive Störungen treten dagegen offenbar vermehrt bei Frauen auf” (ebd.).

3.4 Ätiologie psychischer Störungen bei Menschen mit einer Intelligenzminderung

Wie bereits erwähnt liegen bei der Entstehung von psychischen Störungen die „gleichen biologischen, psychischen und sozialen Bedingungsfaktoren zugrunde [...], wie sie bei nicht behinderten Menschen bekannt sind“ (Rotthaus & Wilms, 2012, S. 636). Schanze (2007, S. 145) weist darauf hin, dass, “wenn die Verhaltensstörungen nicht auf ein genetisches Syndrom (Verhaltensphänotypus) oder eine psychische Störung zurückzuführen sind oder als Reaktion auf eine somatische Störung zu sehen sind“, es sich meist um ein multifaktorielles, interaktionelles Phänomen handelt (ebd.).

Bei Menschen mit IM gibt es zusätzliche Risiken, an einer psychischen Störung zu erkranken (Hennicke, 2011a, S. 15). Sappok u. a. (2010, S. 828) bezeichnen dies als eine “erhöhte Vulnerabilität für psychische Erkrankung bei Menschen mit IM”. Kufner (2015, S. 18) begründet die erhöhte Vulnerabilität mit einer Konfrontation mit mehreren potenziellen

Risikofaktoren. Hennicke (2011b, S. 15ff.) hat in Anlehnung an Sarimski (2007) & DEB u. a. (2001) eine Tabelle erstellt, welche die speziellen zusätzlichen Risiken bei Menschen mit IM auflistet. Nachfolgend werden die biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren aufgezählt.

biologische Faktoren:

- genetisch bedingte erhöhte Vulnerabilität
- Funktionsstörungen des Gehirns
- Epilepsie
- erschwerte Interaktionen mit der Umwelt infolge von Störungen der Motorik, Sensorik und Sprache

psychologische Faktoren:

- beeinträchtigte Intelligenz und alle damit zusammenhängenden neuropsychologischen Funktionen (Adaptabilität)
- beeinträchtigte oder erlernte dysfunktionale Problemlösungsstrategien
- unreife Abwehrmechanismen in Konflikten und unter Belastungen
- erlernte dysfunktionale oder ungewöhnliche Coping Strategien
- entwicklungshemmende Bindungsstile, Kollusionen und Symbiosen mit Bezugspersonen
- Schwierigkeit, eine Identität zu entwickeln
- Schwierigkeiten, erfüllende Beziehungen einzugehen

soziale Faktoren:

- über- oder unterforderndes Milieu; Mangel an geeigneter sozialer Herausforderung oder Unterstützung durch andere; Überbetonung von Förderprogrammen („Förderterror“) zu Lasten von individueller Stabilität und Identität; hohe Misserfolgs- und Katastrophenerwartung der Eltern und Erzieher („Self-fulfilling prophecy“), das Fehlen angemessener kommunikativer Strategien und spezifischer Kenntnisse über individuelle kommunikative Besonderheiten im Umfeld
- Modelllernen in Gruppen mit nur behinderten Personen
- primäre und sekundär-reaktive psychosoziale Probleme der Bezugspersonen; dysfunktionale Familienstrukturen
- fehlende Integration in die Gesellschaft, Stigmatisierung und Diskriminierung oder „Pseudointegration“ unter Leugnung spezifischer Assistenznotwendigkeiten
- seelische, körperliche und/oder sexuelle Misshandlung
- soziale und psychische Isolation
- Verlust allgemeingültiger Werte und Normen infolge von Diskriminierung oder Gratifikation von „Behinderung“
- Probleme, eine Arbeit oder Beschäftigung zu finden

Došen (2010, S. 29) benennt biologische und psychosoziale Aspekte, Funktionsaspekte, schädliche Reize, maladaptive Reize und Coping als Faktoren, die psychische Störungen bei Menschen mit IM beeinflussen können. Rotthaus & Wilms (2012, S. 636) erläutern des Weiteren, dass es „bei Menschen mit Intelligenzminderung [...] im

Laufe der Entwicklung zu oft deutlichen Unterschieden in der Entwicklungsgeschwindigkeit der verschiedenen Persönlichkeitsbereiche und damit zu teilweise großen Diskrepanzen zwischen dem kognitiven, dem sozialen und dem emotionalen Persönlichkeitsbereich“ kommt. Dasselbe gilt beim chronologischen Alter, das weitgehend die gesellschaftlichen Erwartungen bestimmt. „Diese Ungleichheiten in der Entwicklung können persönlichkeitsimmanent große Probleme darstellen (ebd.). Auch Došen u. a. (2010, S. 20) sind der Ansicht, dass „das Niveau der kognitiven, der sozialen, der emotionalen und der Persönlichkeitsentwicklung [...] wesentlich dafür [ist], wie eine Person mit geistiger Behinderung Belastungen und Anforderungen bewältigt“. So können auch psychische Reaktionen aufgrund der begrenzten Kommunikations-, Kooperations-, und Ausdruckfähigkeit von Menschen mit IM entstehen (Schanze, 2007b). Hierzu ist zu beachten, dass es auch protektive Faktoren gibt, die kompensatorisch den Menschen vor diesen negativen Einflüssen (Risiko- und Belastungsfaktoren) schützen (Dederich u. a., 1999, S. 478).

Nach Došen u. a. (2010, S. 25) können „inadäquate Umweltbedingungen [...] eine wesentliche Rolle für die Entstehung von Problemverhalten spielen. Neben Missbrauchserfahrungen können schädliche Erziehungsbedingungen und das daraus resultierende Fehlen protektiver Faktoren die soziale Interaktion und das Verhalten massiv beeinträchtigen“. Diesbezüglich ist Meir (2014, S. 13) der Meinung, dass „Menschen mit Behinderungen [...] häufiger Ereignisse [erleben], die für sie mit grenzwertigen oder auch überschreitenden Handlungen verbunden sind“ (vgl. Hennische, 2013, S. 228).

Daher sind beispielsweise Verhaltensauffälligkeiten nach der Auffassung verschiedener Autoren eine Reaktion auf oder Bewältigung von unpassenden Umweltbedingungen (Hennische, 2011b, S. 13; Warnke, 2002, S. 2). Auch nach Neuhäuser u. a. (2013, S. 154) werden Verhaltensprobleme „nicht als individuelle Störungen angesehen, sondern werden als Ausdruck einer Störung der Interaktion und Beziehung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt betrachtet.“ Autonomiekrisen, die beispielsweise durch geringere Möglichkeiten, basale Aspekte der Lebensgestaltung wie den Wechsel des Arbeitsplatzes oder der Wohnumgebung selbst zu kontrollieren, entstehen können, tragen ebenso zur Symptombildung bei Menschen mit IM bei (Berger & Müller, 2002, S. 28).

„Es kann sehr wohl aber auch Situationen geben, in denen sich ein Betroffener mit massiven Verhaltensauffälligkeiten (Aggressionen) in einem sozialen Kontext (Wohngruppe) durchzusetzen versucht, wobei dieses (extreme) Verhalten kein Ausdruck eines Krankheitsbildes oder subjektiven Leidens, sondern einer unzureichend entwickelten sozialen Kompetenz darstellt.“ (Theunissen, 2011, S. 43)

Nachfolgende Abbildung Nr. 2 veranschaulicht als Überblick die beteiligten Faktoren bei der Entstehung von Problemverhalten:

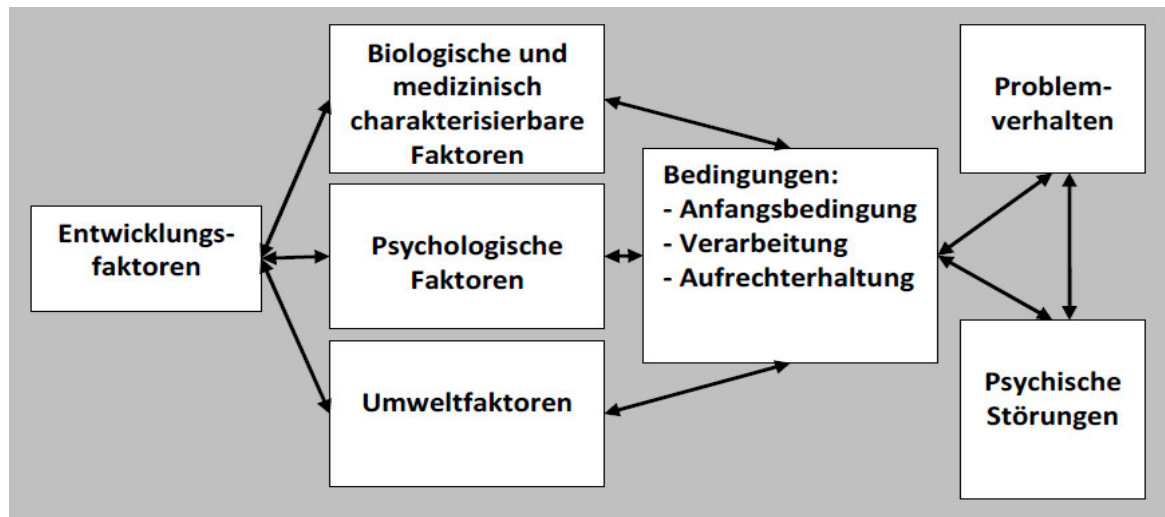


Abb. 2: an der Entstehung von Problemverhalten beteiligte Faktoren (Došen u. a., 2010, S. 17)

3.5 Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Im therapeutischen Kontext spielt die Diagnostik von psychischen Störungen bei Menschen mit IM eine entscheidende Rolle. Nachfolgend werden die Diagnostik selbst, die angewendeten Verfahren und auch die Erschwernisse im Rahmen der Diagnostik bei Menschen mit IM erläutert.

3.5.1 Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

„Sowohl ICD-10 als auch DSM-5 benennen für jede diagnostische Kategorie bestimmte Merkmale oder Kriterien, die für die Anwendung der Diagnose erfüllt sein müssen“ (Seidel, 2013, S. 20). Seidel (ebd.) ist der Meinung, dass „mit der operationalisierten Diagnostik [...] im Hinblick auf Menschen mit geistiger Behinderung allerdings die Schwierigkeit verbunden [ist], dass oft bestimmte Symptome, die der Schilderung des subjektiven Erlebens (z.B. Angst, Trugwahrnehmungen, Wahn) entstammen, gar nicht oder nicht hinreichend sicher erhoben werden können“. Daher ist man „oft vorrangig auf beobachtbare Symptome aus dem Verhaltensbereich angewiesen (z.B. Rückzug, Apathie, Bewegungsunruhe)“ (ebd.). Lingg & Theunissen (2013, S. 28) sind der Meinung, dass Konzepte zu kurz greifen, „die Verhaltensauffälligkeiten wie auch psychische Störungen einfach ins Individuum hinein verlagern“. Es sei immer die Gesamtschau einer Problematik, also „die Aufbereitung lebensgeschichtlicher und kontextueller Bezüge und die Reflexion des Zusammenwirkens von psychischen,

biologischen und sozialen Aspekten (einschließlich des persönlichen Lebensstils und Zukunftsentwurfs) ebenso wichtig [...] wie die eng gestrickte klinische Diagnostik" (ebd.). Hier verlangen nach der DGPPN (2009, S. 4f.) „diagnostische und therapeutische Prozesse bei Menschen mit geistiger Behinderung [...] zumeist eine multiprofessionelle Herangehensweise, bei der das typische Methodenrepertoire der Psychiatrie um pädagogische und heilpädagogische Komponenten ergänzt werden muss". Bei der Untersuchung des Lebensumfeldes

„sollte nicht allein die Herkunftsfamilie des Untersuchten betrachtet werden, sondern alle Lebensbereiche, in denen sich die betreffende Person tagsüber und nachts aufhält (...). In den Familien sollte insbesondere auf soziale Belastungen, gesundheitliche Auffälligkeiten, Probleme zwischen den Eltern, Akzeptanz des Untersuchten durch die Familienmitglieder, Position und Rolle des Untersuchten innerhalb der Familie geachtet werden" (Došen, 2010, S. 78).

Nach Verberne (1996, S. 76f.) übernimmt die Diagnostik im Rahmen der PT bei Menschen mit IM die Funktion der Abklärung bezüglich der Machbarkeit von PT, die Auswahl der geeigneten Methodik, der Festlegung von Therapiezielen und der Festlegung von zu berücksichtigenden Faktoren. Daher ist eine umfassende Diagnostik Grundlage für die Auswahl einer zweckmäßigen Behandlung (Došen u. a., 2010, S. 30). Zudem dient das diagnostische Gespräch als therapeutisches Mittel (Häßler u. a., 2000, S. 30).

3.5.2 angewandte diagnostische Verfahren

Došen (2010, S. 75) zählt zwei Teile einer psychiatrischen Untersuchung auf: „Zum einen die Untersuchung des gesamten psychiatrischen Bildes, zum anderen die spezielle Untersuchung der psychopathologischen Symptomatik“. Hierzu zählen im Rahmen der integrativen Diagnostik neben einer Anamnese eine Verhaltensbeobachtung, eine körperliche Untersuchung, eine psychologische und heilpädagogische Untersuchung, eine psychiatrische Untersuchung, eine Untersuchung der schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit sowie eine Untersuchung der Lebensbedingungen (Došen, 2010, S. 66).

Für Menschen mit IM haben viele Verfahren zur Leistungsüberprüfung eine begrenzte Reliabilität und Validität, da diese an einer Stichprobe erwachsener Menschen ohne IM standardisiert wurden (Häßler u. a., 2014, S. 27). Für den Bereich der sozialen Entwicklung stehen standardisierte Fragebögen zur Verfügung, um das Niveau der sozialen Entwicklung und der Anpassungsfähigkeit bestimmen zu können. „Mit solchen Skalen können Bereiche wie soziale Fähigkeiten zur Selbsthilfe, soziale Kompetenz, soziales Funktionieren, Kommunikation, Motorik und adaptives Verhalten erfasst werden" (Došen, 2010, S. 71). „Der emotionale Entwicklungsstand ist sowohl bei der Entstehung adaptiven Verhaltens als auch psychischer Störungen bedeutsam" (Došen, 2010, S. 73) und sollte daher in einer integrativen Diagnostik (vgl. SEO-Rating nach Došen u. a., 2010)

eingeschätzt werden. Auch „Anpassungsleistungen können im Rahmen einer sorgfältigen Exploration der Menschen mit IM und der Befragung ihrer Bezugspersonen erfasst werden“ (Häßler u. a., 2014, S. 69).

„Ein weiteres diagnostisches Hilfsmittel ist die Beziehungsanalyse, die uns die Tiefenpsychologie zur Verfügung gestellt hat. [...] Es ist oftmals eher möglich, die unbewußte [sic] Botschaft, den unbewußten [sic] Sinn des Störverhaltens zu entschlüsseln“ (Hackenberg, 1996, S. 13).

Häßler u. a. (2014, S. 161) empfehlen neben der Anamnese und der Verhaltensbeobachtung zusätzlich eine Befragung und die Überprüfung der/des

- kognitiven Leistungsfähigkeit: Denken, Wahrnehmung, Gedächtnis
- Sprache, Motorik, Lernfähigkeit, Emotionalität
- sozialen Anpassungsfähigkeit (bezogen auf die jeweilige Entwicklungsstufe),
- Persönlichkeit, Temperament,
- Kommunikation und zwischenmenschlicher Fähigkeiten (Sprachverständnis, expressive Sprache),
- Eigenständigkeit, Selbstbestimmtheit,
- lebenspraktischen Fertigkeiten, schulischen Fertigkeiten, Freizeit, Körperhygiene, Ernährung (Essen, Trinken),
- Verhaltens zuhause/in der Schule/in Wohnheimen, Wohneinrichtungen/ ärztlichen Praxen/Kliniken/Werkstätten für Menschen mit Behinderung,
- Verhaltens und Interaktion mit relevanten Bezugspersonen zu Hause und im sozialen Kontext von Einrichtungen,
- Selbstschilderung in Abhängigkeit von der Beeinträchtigung und Kooperationsfähigkeit der jeweiligen Person,
- vorliegenden Ergebnisse medizinischer Untersuchungen (internistisch-neurologisch)

Krohne & Hock (2015, S. 252) zählen ergänzend die Erfassung einzelner Persönlichkeitsmerkmale (Kontrollüberzeugung, Leistungsmotivation, Ärger & Ärgerausdruck, Ängstlichkeit & Angstbewältigung) und die Erhebung von Interessen, Einstellungen und Ressourcen auf. Auch Sappok u. a. (2010, S. 835) empfehlen, ein individuelles Leistungsprofil zu erheben, um in der Therapie individuelle Stärken und Schwächen besser berücksichtigen zu können.

Des Weiteren wurden in den letzten Jahren für diese Patientengruppe spezifische klinische Diagnosekriterien entwickelt. Neben den diagnostischen Kriterien für psychische Störungen (DC-LD; Royal College of Psychiatrists, 2001) gibt es ein Diagnostik-Manual, das gemeinsam mit der American Psychiatric Association (APA) erarbeitet wurde (Diagnostic Manual–Intellectual Disability, DM-ID; Fletcher, Loschen, Stavrakaki & First, 2007). „Das DM-ID ist das Ergebnis eines gemeinsamen Unterfangens unterschiedlicher Experten, psychische Störungen und die Art und Weise, wie sie sich bei Menschen mit geistiger Behinderung Ausdruck verschaffen, besser zu verstehen“ (Fletcher, 2007, S. 31). Zudem gibt es ein dreiteiliges Instrument, das PAS-ADD (psychiatric assessment schedule for

adults with developmental disabilities; Zeilinger, Weber & Haveman, 2011), welches aus dem Englischen übersetzt wurde. Die Diagnosesysteme sind notwendig, da „psychische Störungen sich bei dieser Personengruppe durch andere Symptome äußern können und somit die ICD-10-Kriterien nicht oder nur schlecht anwendbar sind“ (Kufner, 2015, S. 18). Auch Schmidt (2007, S. 29) findet, dass die im ICD-10 „gegebenen Hinweise und Ergänzungen [...] zwar hilfreich [sind], [...] jedoch wenig an der beschränkten Anwendbarkeit eines operationalisierten Diagnosesystems für psychisch erkrankte Menschen mit geistiger Behinderung [ändern]“.

3.5.3 Erschwernisse im Rahmen der Diagnostik bei Menschen mit einer Intelligenzminderung

Die (übliche) Symptomatik ist bei Menschen mit IM häufig „überformt“ oder „verkleidet“ durch Aggression, Autoaggression, Somatisierungserscheinungen (Berger, 2007, S. 2). Die Symptome psychischer Störungen von Menschen mit IM werden daher oft nicht erkannt, weil sie durch andere Beeinträchtigungen der Person leicht verdeckt werden, dem sog. masking (Irblich & Stahl, 2003, S. 323). Auch werden „psychopathologische Symptome häufig der Behinderung und nicht einer psychischen Störung zugeschrieben“ (Kufner, 2015, S. 18). Dies wird als diagnostic overshadowing bezeichnet. Hackenberg (1996, S. 13) sieht die psychischen Störungen ohne auffallende, störende Symptomatik als problematisch, da sie leicht übersehen werden, weil „bei Menschen mit geistiger Behinderung, deren Rückzug, Passivität, Überangepasstheit [sic] oder Stagnation in der emotionalen Entwicklung oft unkritisch hingenommen werden“ (ebd.). Ein weiteres Problem besteht nach Häbeler u. a. (2014, S. 69), wenn dementielle Veränderungen vorhandene psychische Störungen überlagern.

Auch Schmidt (2007, S. 26) zählt folgende diagnostisch-methodische Probleme bei Menschen mit IM auf, die in folgender Tabelle 3 dargelegt werden:

Schwierigkeit	Kennzeichen
Overshadowing	psychiatrische Symptome werden fälschlicherweise dem aus der geistigen Behinderung resultierenden Verhalten zugeordnet
Baseline exaggeration	vermehrtes Auftreten vorbestehender Verhaltensweisen im Rahmen einer psychischen Störung
Underreporting	durch eingeschränkte Fähigkeiten zur Kommunikation und Introspektion werden psychopathologische Phänomene nur unzureichend mitgeteilt
Psychosocial masking	Verminderung sozialer Fähigkeiten durch die intellektuelle Minderbegabung führt zu undifferenzierter Präsentation psychiatrischer Störungen
Cognitive disintegration	Übermaß an einströmenden Reizen kann nicht in sinnvollen Zusammenhang gebracht werden

Tab. 3: Diagnostisch-methodische Probleme bei Menschen mit Intelligenzminderung (Schmidt 2007, S. 26)

Des Weiteren erschweren somatische Komorbiditäten und sensorische Behinderungen die Diagnostik (DGPPN, 2009, S. 4), die oft nicht typisch geäußert werden (Dielentheis, 2013, S. 8). So ist häufig die (verbale) Kommunikation erschwert, sodass das psychiatrische Interview modifiziert werden muss (Berger, 2007, S. 2; Dielentheis, 2013, S. 8). So können „intelligenzgeminderte Menschen ihre Beschwerden teils nicht gut mitteilen [...] (diagnostic underreporting) [sic]“ (Kufner, 2015, S. 18), verfügen oft über ein vermindertes Sprachverständnis, eine Dysarthrie mit einem individuellen Jargon (Schmidt, 2007, S. 25). Es kann vorkommen, dass die Menschen mit IM unbeabsichtigt Teile der Frage als Antwort wiederholen (ebd.). Ein weiteres Problem stellt die Beantwortung der Fragen im Rahmen der Diagnostik nach sozialer Erwünschtheit dar und im Gegensatz dazu kommt es immer wieder durch fehlende Einsicht zu unzureichender Kooperationsbereitschaft (Schmidt, 2007, S. 25). Der Einsatz eines behinderungsgemäßen Kommunikationsmediums, z.B. Gebärdensprache, Talker, scheint sinnvoll zu sein (Sarimski, 2007, S. 26f.). Zudem sind bei Menschen mit IM „oft umfangreiche und überdurchschnittlich zeitaufwändige Untersuchungen nötig. Insgesamt ist die Diagnostik überdurchschnittlich komplex und zeitaufwändig“ (DGPPN, 2009, S. 4).

Nach Došen (2010, S. 23) „müssen die diagnostischen Instrumente und Methoden angepasst werden und es muss nach einer angemessenen Interpretation der Bedeutung der Symptomatik gesucht werden“. Hinzu kommt eine vermutete unzureichende Introspektionsfähigkeit, welche die Diagnostik bei Menschen mit IM erschweren (Schmidt,

2007, S. 25). Für Došen (2010, S. 75) ist es am bedeutsamsten, dass die Untersuchung den Voraussetzungen des Patienten angepasst wird.

Besonders bei erwachsenen Menschen mit IM können biografische Angaben oft nicht erfasst werden (Häßler u. a., 2014, S. 69). Die damit einhergehende, oft notwendige Einbeziehung von Angehörigen oder Betreuern im Rahmen der Anamnese birgt oft das Problem einer subjektiven, interessengebundenen Darstellung (Hennicke & Meins, 2000, S. 44f.). Die Autoren beschreiben weiterhin das Phänomen des sog. shoppings. Darunter verstehe „man das Verhalten von Eltern, mehrere Experten aufzusuchen, um endlich die aus ihrer Sicht richtige Diagnose zu bekommen, z.B. frühkindlicher Autismus oder Entwicklungsverzögerung statt geistige Behinderung“ (ebd.). Des Weiteren erschweren die Veränderungen der Symptomatik im Laufe der Biografie, deren psychopathologische Einordnung (Häßler u. a., 2014, S. 69).

Dielentheis (2013, S. 8) ist der Meinung, dass die besonderen diagnostischen Anforderungen bei Menschen mit IM Spezialwissen des Diagnostikers erfordern. Es wird ein multiprofessioneller Zugang, unter Einbezug von Pädagogen und Heilpädagogen empfohlen. Zudem bedarf es nach Hennicke & Meins (2000, S. 44f.) vieler Erfahrung, die entsprechend dem jeweiligen Entwicklungsniveau vorkommenden Äußerungsformen von Symptomen einer psychischen Störung abzugrenzen.

3.6 Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen bei Menschen mit einer Intelligenzminderung

Interventionen bei Menschen mit IM „müssen auf allen Ebenen (Dimensionen) der Person und mit allen möglichen Methoden (Multimodalität) erfolgen“ (Hennicke, 2011b, S. 29). Bei der Behandlung wird „eine Kombination aus pädagogischer Arbeit, medikamentöser Unterstützung und Psychotherapie angestrebt“ (Haberl, 2015, S. 56). Hierbei muss jeder Einzelfall unter Einbezug der Diagnostik beachtet werden. Dabei ist die Effektivität einer Intervention „abhängig von den individuellen wie auch kontextbestimmten Voraussetzungen“ (Hennicke, 2011b, S. 29). Auch Berger & Müller (2002, S. 28) sind der Meinung, dass bei Menschen mit IM „das gleiche Inventar psychiatrischer Interventionsformen anzuwenden ist, wie sonst auch - Psychotherapie, Psychopharmakotherapie, soziale Therapie“. Des Weiteren wird die Behandlung von Menschen mit IM und psychischen Störungen durch Soziotherapie und die (Heil-) Pädagogik vervollständigt (Schanze, 2008, S. 157).

Hennicke (2011b, S. 29) betont allerdings, dass sich

„die Interventionsstrategien zur Beeinflussung und Veränderung auffälligen Verhaltens [deutlich] [...] zwischen den beteiligten Disziplinen Pädagogik, Psychotherapie und Psychiatrie [...] unterscheiden], allerdings nicht in einer sich gegenseitig ausschließenden Art, sondern hinsichtlich des Fokus der Intervention und der Rolle des Therapeuten“.

Luxen (2001, S. 30) ist der Meinung, dass bei fehlender Chronifizierung der psychischen Störung bei Verhaltensauffälligkeiten die alleinige Anwendung einer PT ausreicht. „Dies gilt dann, wenn die Problematik den normalen Alltag nicht sprengt, wenn sie in Zusammenhang mit einem konkreten Ereignis (z.B. Tod eines Elternteils, Schulentlassung) steht“.

„Erfolgreiche Interventionen, gleichgültig, ob sie auf biologische, medizinisch charakterisierbare, psychologische oder Umweltfaktoren zielen, bewirken die Minderung oder Beseitigung der Belastungsfaktoren, die Vermittlung neuer oder fördernde[r] Alternativen zur Bewältigung von Stress und Veränderungen der physischen und sozialen Umwelt, um grundlegende Bedürfnisse der Person zu befriedigen.“ (Došen u. a., 2010, S. 37).

Allerdings gibt es Belege, dass sehr viele Menschen mit IM in erschreckend hohem Maße Psychopharmaka als alternativlose Behandlung erhalten (vgl. Hennicke, 2008a).

Aufgrund des hier vorliegenden Forschungsvorhabens wird nachfolgend vertiefend auf die PT als Behandlungsmöglichkeit psychischer Störungen und im Speziellen auf die PT bei Menschen mit IM eingegangen.

4 Psychotherapie

Im nachfolgenden Kapitel wird PT zunächst definiert, bevor auf rechtliche Grundlagen, Indikatoren und Ausschlusskriterien sowie Zielsetzungen einer psychotherapeutischen Behandlung eingegangen wird. Weiterhin werden das Antragsverfahren, die Möglichkeiten der Kostenerstattung, die Gestaltung des Settings einer psychotherapeutischen Behandlung und Wirkfaktoren dargestellt.

4.1 Psychotherapie & Psychotherapeut

Im alltäglichen Sprachgebrauch werden die Begriffe Psychotherapie und Psychotherapeut häufig für alle erdenklichen Formen von Verfahren und Methoden einer möglichen Therapie genutzt (vgl. Wittchen, Hoyer, Fehm, Jacobi & Junge-Hoffmeister, 2011). Das folgende Kapitel definiert PT und erläutert, was unter einem Psychotherapeuten zu verstehen ist.

4.1.1 Definition Psychotherapie

In Anlehnung an Strotzka (1975) ist nach der Definition von Wittchen u. a. (2011, S. 453) PT

“ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.”

In § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der PT (abgekürzt G-BA) (2015) wird das Vorgehen im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung näher erläutert:

“Psychotherapie [...] wendet methodisch definierte Interventionen an, die auf als Krankheit diagnostizierte seelische Störungen einen systematisch verändernden Einfluss nehmen und Bewältigungsfähigkeiten des Individuums aufbauen. Diese Interventionen setzen eine bestimmte Ordnung des Vorgehens voraus. Diese ergibt sich aus Erfahrungen und gesicherten Erkenntnissen, deren wissenschaftliche Reflexion zur Ausbildung von Behandlungsverfahren und -methoden, die in einem theoriegebundenen Rahmen [...] eingebettet sind, geführt hat. In der psychotherapeutischen Intervention kommt, unabhängig von der Wahl des Therapieverfahrens, der systematischen Berücksichtigung und der kontinuierlichen Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung eine zentrale Rolle zu.”

PT ist demnach ein bewusster und geplanter Prozess, der vorwiegend anhand von Kommunikation, mittels lehrbarer Techniken und definierter Interventionen das Ziel der Verbesserung der Bewältigungsfähigkeiten des Klienten verfolgt (vgl. Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2012; Hennische, 2004).

4.1.2 Definition Psychotherapeut

Die Berufsbezeichnung Psychotherapeut ist in Deutschland seit dem Jahr 1999 durch das Psychotherapeutengesetz geschützt und erfordert eine staatliche Zulassung zur Ausübung der Heilkunde (Approbation). Dazu ist eine dreijährige ganztägige oder eine fünfjährige berufsbegleitende Ausbildung in einem Haupttrichtlinienverfahren an einem anerkannten Ausbildungsinstitut erforderlich. Sowohl ärztliche Psychotherapeuten, PP als auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können psychotherapeutisch tätig sein. Niedergelassene Ärzte können nach einer psychotherapeutischen Zusatzausbildung, PT als ärztlicher Psychotherapeut ausüben. PP werden nach einem abgeschlossenen Psychologiestudium für die eigenverantwortliche Ausübung von PT mit der Approbation qualifiziert. Pädagogen haben ebenfalls nach der staatlichen Prüfung die Möglichkeit, psychotherapeutisch als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zu arbeiten. Ihnen ist, im Gegensatz zu den Psychologen, welche auch die Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeutenausbildung absolvieren können, die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten verwehrt (Bundesministerium für Gesundheit, 2015).

Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung („Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet gesamt“, 2015, S. 3) gab es im vergangenen Jahr 6084 ärztliche sowie 17605 PP und 4942 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. 63,75% der ärztlichen Psychotherapeuten, 78,31% der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 71,11% der psychologischen Psychotherapeuten sind weiblich („Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet gesamt“, 2015, S. 4).

Die folgende Tabelle zeigt die genaue Altersstruktur der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten.

	Bis 34 Jahre		35 – 39 Jahre		40 – 49 Jahre		50 - 59 Jahre		60 – 65 Jahre		Über 65 Jahre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ärztliche Psychotherapeuten	4	0,1	56	0,9	876	14,4	2758	45,3	1464	24,1	926	15,2
KJP	274	5,5	512	10,4	1029	20,8	1738	35,2	983	19,9	406	8,2
PP	623	3,5	1186	6,7	3554	20,2	6635	37,7	3446	19,6	2161	12,3

Tab. 4: Altersstruktur der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten („Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet gesamt“, 2015, S. 16).

Das Durchschnittsalter der ärztlichen Psychotherapeuten liegt bei 57,5 Jahren, bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei 52,3 Jahren und bei den psychologischen Psychotherapeuten bei 54,0 Jahren („Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet gesamt“, 2015, S. 22).

Insgesamt nehmen 1079 ärztliche Psychotherapeuten, 730 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 2087 psychologischen Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung nach Kassenärztlicher Vereinigung in Ba-Wü teil („Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet gesamt“, 2015, S. 24).

Verschiedene Studien (vgl. Nübling, Jeschke, Ochs & Schmidt, 2014; Walendzik, Rabe-Menssen, Lux, Wasem, Jahn, Duncker & Farrenkopf, 2010) sprechen von wöchentlichen Arbeitszeiten der Psychotherapeuten mit einem Umfang von rund 35 Arbeitsstunden, wobei die Stundenanzahl bei männlichen Psychotherapeuten höher ist als bei weiblichen. Die durchschnittliche Jahresarbeitszeit wird auf etwa 43 Wochen geschätzt (Nübling, Jeschke u. a., 2014, S. 46).

Psychotherapeuten arbeiten aber nicht nur alleine mit vollem oder anteiligem Kassensitz in eigener (freier) Praxis, sondern sind teilweise auch Angestellte in Rehabilitationskliniken, in Psychologischen Beratungsstellen oder Institutsambulanzen. Parallel dazu können sie freiberuflich in eigener Praxis arbeiten oder in Gemeinschaftspraxen, stationären Einrichtungen oder Institutsambulanzen angestellt sein (Nübling, Jeschke u. a., 2014, S. 18).

4.2 Indikation und Ausschlusskriterien für Psychotherapie

Für die Bewilligung psychotherapeutischer Behandlungen sind bestimmte Voraussetzungen erforderlich. Diese und auch Kriterien, die eine PT ausschließen, werden in den beiden folgenden Unterkapiteln erläutert.

4.2.1 Indikation zur Psychotherapie

PT soll nach Hennische (2004, S. 4) eine Krankheit heilen oder verbessern oder muss im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erforderlich sein. Hennische (ebd.) verweist auf die Psychotherapie-Richtlinien in denen festgelegt ist, dass "Psychotherapie [...] erbracht werden [kann], sofern und solange eine seelische Krankheit vorliegt. Als seelische Krankheit gilt auch eine geistige oder seelische Behinderung, bei der Rehabilitationsmaßnahmen notwendig werden."

Die Richtlinie des G-BA definiert seelische Krankheit wie folgt (Bundesministerium für Gesundheit, 2015):

„(1) Seelische Krankheit [wird] verstanden als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. Es gehört zum Wesen dieser Störungen, dass sie der willentlichen Steuerung durch die Patientin oder den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind.

(2) Krankhafte Störungen können durch seelische oder körperliche Faktoren verursacht werden; sie werden in seelischen und körperlichen Symptomen und in krankhaften Verhaltensweisen erkennbar, denen aktuelle Krisen seelischen Geschehens, aber auch pathologische Veränderungen seelischer Strukturen zugrunde liegen können."

Die Feststellung einer seelischen Behinderung als Folge einer schwerwiegenden Störung, Belastung oder Krankheit ist nach Hennische (2004, S. 7) eine gewichtige Voraussetzung für PT.

Indikatoren zur Anwendung von PT im Sinne §22, Abs. 1 des G-BA (Bundesministerium für Gesundheit, 2015), nach Benecke (2014, S. 441) sowie Eckert & Petersen (2012, S. 142) können in Bezug auf die Klassifizierung im Rahmen der ICD-10 folgende Diagnosen sein:

- Affektive Störungen (F3) mit depressiven Episoden, rezidivierenden depressive Störungen und Dysthymie;
- Angst- und Zwangsstörungen (F42), phobische Störungen (F40) sowie andere Angststörungen (F41)
- Somatoforme Störungen (F45) und Dissoziative Störungen (F44) sowie Konversionsstörungen und Neurasthenie (F48)
- Belastungsstörungen (F43): Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungsstörungen sowie Anpassungsstörungen
- Essstörungen (F50)
- Nichtorganische Schlafstörungen (F51)
- Nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen (F52)
- Persönlichkeitsstörungen (F60 bis F62) und Verhaltensstörungen (F63 bis F69)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)
- psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (F54)

PT kann weiterhin im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation angewandt werden, wenn psychodynamische Faktoren einen deutlichen Anteil an der seelischen Behinderung oder an ihren Auswirkungen haben und mit Hilfe der PT eine (Wieder-) Eingliederung in das Arbeitsleben, den Beruf und die Gesellschaft auf längere Zeit ermöglicht werden kann (Hennicke, 2004, S. 7). §22, Abs. 2 des G-BA (Bundesministerium für Gesundheit, 2015) spricht davon, dass PT ebenfalls neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden kann, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von PT bietet.

4.2.2 Ausschlusskriterien für Psychotherapie

PT im Sinne des §1 des G-BA ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie nicht das Ziel verfolgt, Krankheiten zu erkennen, zu heilen, deren Verschlimmerung zu verhindern und Krankheitsbeschwerden zu lindern (Bundesministerium für Gesundheit, 2015).

Weiterhin ist PT als Leistung der Krankenkassen ausgeschlossen, wenn eine seelische Krankheit vorliegt, aber aufgrund fehlender Motivationslage, Motivierbarkeit und Umstellungsfähigkeit des Klienten die Voraussetzungen für eine Behandlung nicht als gegeben angenommen werden können. Neurotische Persönlichkeitsstrukturen können ebenfalls ein Ausschlusskriterium für eine psychotherapeutische Behandlung sein. Die Kriterien betreffen ebenfalls Maßnahmen, die nicht der Heilung oder Verbesserung der seelischen Krankheit, sondern nur der beruflichen oder sozialen Anpassung sowie der beruflichen oder schulischen Förderung, der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung dienen sollen (ebd.).

Wird PT hinsichtlich einer umfassenden und die gesamten Lebensverhältnisse betreffenden psychosozialen Versorgung durchgeführt, ist PT nur dann eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse, wenn sie das Ziel der Behandlung einer oben aufgeführten Krankheit verfolgt (ebd.).

4.3 Zielsetzungen

Zielsetzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung sind nach Wittchen, Hoyer, Fehm, Jacobi & Junge-Hoffmeister (2011, S. 455) die Reduzierung von Leiden, wobei Leiden in Sinne schmerzhafter oder belastender Gefühle, Ängste und Depressionen oder Leiden im Sinne körperlicher Probleme und Erkrankungen oder Persönlichkeitszügen und -störungen gesehen wird. Wichtige Ziele sind außerdem die Reduzierung der vorhandenen Symptome und die Veränderung belastender Verhaltens-, Emotions- und Einstellungsmuster, welche für die behandelte Person oder andere Personen gefährlich sein können. Ein weiteres bedeutendes Ziel ist die Unterstützung des Klienten, damit dieser in der Lage ist, sein Leben und Probleme selbst zu bewältigen. Görres (1996, S. 31) ergänzt die eben genannten Punkte und nennt die Linderung bzw. das Ertragen des Leidens sowie die Förderung der Autonomie jedes einzelnen Klienten als weitere bedeutende Ziele. Letztlich geht es um die Veränderung der aktuellen Lebenssituation des Klienten hin zu einer (subjektiv wahrgenommenen) Verbesserung der Lebensqualität und einer Steigerung des Wohlbefindens.

4.4 Antragsverfahren und Finanzierung

PT kann über verschiedene Wege finanziert werden. Häufig werden Therapien über die gesetzlichen Krankenkassen direkt, im Rahmen der Kostenerstattung oder über private Krankenkassen finanziert oder durch Klienten selbst bezahlt (vgl. Nübling, Jeschke u. a., 2014).

Jedem, der bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert ist, steht bei Bedarf psychotherapeutische Behandlung zu (vgl. Hennische, 2004). Dazu kann die betreffende Person jeden Therapeuten, der von der Kassenärztlichen Vereinigung als Psychotherapeut anerkannt ist, frei wählen und ohne eine ärztliche Überweisung aufsuchen. Voraussetzung für eine von der gesetzlichen Krankenkasse finanzierte PT ist nach §10 der Richtlinie des G-BA eine ätiologisch orientierte Diagnostik, die die vorhandenen Krankheitssymptome erklärt und entsprechend einem Krankheitsbild zuordnet. Die Diagnostik und Erfassung des Krankheitszustandes erfolgt nach den probatorischen Sitzungen vor Beginn der eigentlichen psychotherapeutischen Behandlung. Das Antrags- und Genehmigungsverfahren erledigt der Psychotherapeut direkt mit der Krankenkasse (vgl. ebd.). Die probatorischen Sitzungen

dienen dem Therapeuten zur Erarbeitung einer Diagnose und zur Abklärung einer Indikation und dem Klienten zum Aufbau einer Beziehung (vgl. ebd.). Parallel ist im Rahmen der Antragstellung ein Konsiliarbericht durch einen niedergelassenen Arzt nötig, den der Klient/Patient aufsuchen muss. Der Konsiliararzt erstellt nach persönlicher Untersuchung des Klienten einen Bericht, in dem aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund, relevante anamnestische Daten, stationäre und ambulante Vor- und Parallelbehandlungen sowie aktuelle Medikation, medizinische Diagnosen und Differential- und Verdachtsdiagnosen enthalten sind (Bundesministerium für Gesundheit, 2015). Der Konsiliarbericht wird dem Antrag des Psychotherapeuten an die Krankenkasse des Patienten beigelegt. Nach seinem Antrag wird die Leistungspflicht durch die Krankenkasse festgestellt. Der Psychotherapeut teilt im Antrag der Krankenkasse die Diagnose mit, begründet die Indikation und formuliert Art und Umfang der geplanten PT. Bei einem Antrag auf Langzeittherapie enthält dieser nicht nur Diagnose, Indikation, Art, Umfang und Frequenz der geplanten Therapie, sondern auch einen individuellen Behandlungsplan. Soll die Therapie verlängert werden, bedarf es eines Fortsetzungsantrags, in welchem der Verlauf und das Ergebnis der bisherigen Therapie dargestellt werden und eine „begründete Prognose in Bezug auf die beantragte Verlängerung“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2015) gegeben wird. Der gestellte Antrag ist nach §26 (Bundesministerium für Gesundheit, 2015) von einem Gutachter auf die Voraussetzungen einer psychotherapeutischen Behandlung zu prüfen. Nach einer Bewilligung mit einem bestimmten Umfang kann mit der Therapie begonnen werden; die Krankenkasse übernimmt dabei die Kosten in voller Höhe (vgl. Henricke, 2004). Über die gesetzlichen Krankenkassen können die sog. Richtlinienverfahren abgerechnet werden, welche in Kapitel 4.5.1 näher erläutert werden.

Eine weitere Finanzierungsmöglichkeit der psychotherapeutischen Behandlung ist die Kostenerstattung nach §13 des SGB V, welche ebenfalls unter bestimmten Voraussetzungen von der gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird. Dies ist der Fall, wenn sich nach §13 SGB V Abs. 3a Leistungsberechtigte nach Ablauf gesetzlich geregelter Fristen, aufgrund unzumutbarer Wartezeit oder fehlender flächendeckender, bedarfsgerechter und wohnortsnaher Versorgung eine erforderliche Leistung selbst beschaffen. PT kann in diesem Fall von approbierten Psychotherapeuten ohne KV-Zulassung durchgeführt werden. Dazu muss zunächst ein Antrag auf Kostenerstattung gestellt und eine Notwendigkeitsbescheinigung des behandelnden Hausarztes oder Psychiaters sowie Bestätigungen von Therapieablehnungen bei der Krankenkasse vorgelegt werden. Nach einer Prüfung des Berichts auf Grundlage der Psychotherapierichtlinien durch einen Gutachter und nach dessen Empfehlung zur Kostenübernahme kann eine psychotherapeutische Behandlung begonnen werden (vgl. §13 SGB V).

Wie die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen auch private Krankenkassen häufig nur die Kosten für psychotherapeutische Behandlung mit den sog. Richtlinienverfahren. Die Regelungen für einen Therapieantrag sind von der jeweiligen Kasse abhängig.

PT kann auch von dem Klienten selbst bezahlt werden. Dazu stellt der behandelnde PP die entsprechenden Behandlungsstunden beim Behandelten in Rechnung.

Nach Studien von Nübling u. a. (2014) werden PT in Praxen mit KV-Zulassung zu einem überwiegenden Teil (70 bis 86%) der Fälle auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt. Ein geringerer Teil (rund zehn bis 14%) der Kosten werden durch private Krankenkassen, ein weiterer kleiner Teil (etwa fünf Prozent) im Rahmen der Kostenerstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert und der kleinste Teil (knapp zwei bis sechs Prozent) werden von den Patienten selbst bezahlt. Psychotherapeuten in freier Praxis rechnen bei 34% der Fälle mit den privaten Krankenkassen und in rund neun Prozent der Fälle mit den gesetzlichen Krankenversicherungen ab. Bei 42% der in freien Praxen durchgeführten psychotherapeutischen Behandlung zahlen Klienten selbst, während weitere 20% über das Kostenerstattungsverfahren finanziert werden. 14% werden über hier nicht erwähnte Mittel finanziert (Nübling, Jeschke u. a., 2014, S. 47).

4.5 Richtlinienverfahren & psychotherapeutische Behandlung

Wie bereits in vorangegangenen Kapiteln erwähnt, werden nur bestimmte Verfahren, auch Richtlinienverfahren genannt, von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Diese werden im folgenden Kapitel erläutert, bevor in einem weiteren Kapitel auf Stundenumfänge und Weiterbewilligungsmöglichkeiten der PT in den einzelnen Richtlinienverfahren sowie auf Wartezeiten auf ein Erstgespräch und einen Therapieplatz eingegangen wird.

4.5.1 Richtlinienverfahren

Nach der Psychotherapie-Richtlinie sind psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie anerkannte Psychotherapieverfahren, da ihnen ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde liegt und ihre spezifischen Behandlungsmethoden in der therapeutischen Wirksamkeit belegt sind (Bundesministerium für Gesundheit, 2015).

Psychoanalytisch begründete Verfahren, wozu tiefenpsychologisch fundierte und analytische PT zählen, nehmen die „unbewusste Psychodynamik neurotischer Störungen mit psychischer oder somatischer Symptomatik zum Gegenstand der Behandlung“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2015). Im Rahmen tiefenpsychologisch fundierter PT geht es um die Aufdeckung unbewusster Konflikte. Durch die Therapie soll dem Klienten

geholfen werden, Einsicht in gewisse Dinge seines Lebens und seines Verhaltens zu erlangen und damit auch Lösungen für problematische Lebensprobleme zu finden. Der Therapeut arbeitet dazu mit Methoden, die den Verlauf der Therapie aktiv beeinflussen (Wittchen, Hoyer, u. a., 2011, S. 466). Analytische PT als nicht-direktive Form der Therapie ergründet die Persönlichkeit, kindliche Erlebnisse und Phantasie des Klienten und Konflikte, welche das gegenwärtige Verhalten und Gefühle beeinflussen, macht diese bewusst und bespricht sie (ebd.). Der verhaltenstherapeutische Ansatz ist ein problem-, störungs- und handlungsorientierter Ansatz, welcher an auslösenden und aufrechterhaltenden Problembedingungen ansetzt. Er arbeitet ziel- und lösungsorientiert und wendet Verfahren, wie beispielsweise Modelllernen, systematische Desensibilisierung oder Problemlösetraining an (Caspar u. a., 2016, S. 198ff.).

Nach §16 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der PT ist eine Kombination von psychoanalytisch begründeten Verfahren und Verhaltenstherapie nicht möglich, da eine Kombination „zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2015)

Nach Berichten des Robert-Koch-Institut und des Statistischen Bundesamts (Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, 2008) arbeiteten zum Erhebungszeitpunkt rund die Hälfte der psychologischen Psychotherapeuten verhaltenstherapeutisch, knapp 32% tiefenpsychologisch, 14% tiefenpsychologisch und psychoanalytisch und vier Prozent rein psychoanalytisch. Bei den ärztlichen Psychotherapeuten arbeiteten über die Hälfte tiefenpsychologisch, rund 15% verhaltenstherapeutisch, etwa 24% tiefenpsychologisch und psychoanalytisch und knapp drei Prozent rein psychoanalytisch. Bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten arbeiteten rund 24% verhaltenstherapeutisch, etwa 29% tiefenpsychologisch, 38% tiefenpsychologisch und psychoanalytisch sowie knapp neun Prozent nur psychoanalytisch.

4.5.2 Behandlungsdauer und Weiterbewilligungsmöglichkeiten

In den Paragraphen §§23 ff. der Richtlinie über die Durchführung der PT des G-BA (Bundesministerium für Gesundheit, 2015) werden Behandlungsumfang und -begrenzung psychotherapeutischer Behandlung geregelt.

PT wird also für eine begrenzte Zeit gewährt. Hennische (2004, S. 8) erwähnt, dass die bewilligten Stundenkontingente über längere Zeiträume verteilt werden können. Nach § 23a, Abs. 2 umfasst eine Therapiestunde im Rahmen der PT mindestens 50 Minuten (Bundesministerium für Gesundheit, 2015).

In der nachfolgenden Tabelle 5 werden Behandlungseinleitung, Kurzzeit- und Probetherapie für die jeweiligen Richtlinienverfahren nach §23a der Richtlinie über die Durchführung der PT übersichtlich aufgeführt.

	Verhaltens- therapie	Tiefenpsy- chologisch fundierte Therapie	Analytische PT
Probatorische Sitzungen	bis 5 Stunden	bis 5 Stunden	bis 8 Stunden
Kurzzeit- Einzeltherapie	bis 25 Stunden- auch in halbstündigen Sitzungen; Antragsverfahren mit Begutachtung		nicht möglich
Kurzzeit-Gruppen- therapie	bis 25 Stunden- auch in halbstündigen Sitzungen; Antragsverfahren mit Begutachtung		
		nur bei Erwachsenen	
Überführung einer Kurz- in eine Langzeittherapie	Beantragung und Einleitung des Gutachterverfahrens bis zur 20. Stunde		
Probetherapie (als Bestandteil der Langzeittherapie)	bis 15 Stunden	bis 25 Stunden	bis 25 Stunden
	Antragsverfahren mit Begutachtung		

Tab. 5: Behandlungseinleitung, Kurzzeit- und Probetherapie- §23a in Arndt & Klingen, 2011, S. 182f.

Tabelle 6 zeigt die Bewilligungsschritte in der Langzeittherapie gemäß § 23b der Richtlinie über die Durchführung der PT mit den Stundenumfängen für analytische, tiefenpsychologisch fundierte Einzel- und Gruppentherapie sowie für Verhaltenstherapie.

	Erstantrag	Fortführungsantrag	Höchstgrenze (Ergänzungsbericht)
Analytische Einzeltherapie	Bis 160 Stunden	+80 (=240) Stunden	+ 60 (=300) Stunden
Analytische Gruppentherapie	Bis 80 Doppelstunden	+ 40 (=120) Doppelstunden	+ 30 (=150) Doppelstunden
Tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie	Bis 50 Stunden	+ 30 (=80) Stunden	+ 20 (=100) Stunden
Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie	Bis 40 Doppelstunden	+ 20 (=60) Doppelstunden	+ 20 (=80) Doppelstunden
Verhaltenstherapie	Bis 45 Stunden	+ 15 (=60) Stunden	+ 20 (=80) Stunden

Tab. 6: Bewilligungsschritte in der Langzeittherapie [...] - § 23b in Arndt & Klingen, 2011, S. 183

Überschreitungen der bewilligten Therapiestunden sind nur dann zulässig, wenn aus der Darstellung des therapeutischen Prozesses durch den Psychotherapeuten hervorgeht, dass mit der Beendigung der Therapie das Behandlungsziel nicht erreicht werden kann, es aber eine begründete Aussicht auf Erreichung des Behandlungsziels bei Fortführung der Therapie gibt (Bundesministerium für Gesundheit, 2015).

Scholz (2013, S. 7) erwähnt die durchschnittliche Behandlungsdauer für die drei Richtlinienverfahren, welche sich deutlich voneinander unterscheiden. So dauert Verhaltenstherapie im Schnitt 44 Stunden, tiefenpsychologisch fundierte Therapie 70 Stunden und psychoanalytische Therapie 160 Stunden (ebd.). Nübling, Jescke u. a. (2014, S. 33) führen ähnliche Mittelwerte an; für Verhaltenstherapie sind dies 42, für tiefenpsychologisch orientierte Therapie 62 und für analytische PT 139 Sitzungen. Die maximale Behandlungsdauer lag bei einer Studie von Nübling, Jescke u. a. (ebd.) im Rahmen von Verhaltenstherapie bei 250, bei tiefenpsychologische fundierter PT bei 252 und bei analytischer PT bei 1123 Sitzungen.

4.6 Setting und Tätigkeitsfelder

Die psychotherapeutische Behandlung ist in verschiedenen Settings und in verschiedenen Tätigkeitsfeldern der Psychotherapeuten möglich. In den nachfolgenden Kapiteln wird darauf genauer eingegangen.

4.6.1 Setting

PT bei Erwachsenen kann im Sinne des §18 der Richtlinie über die Durchführung der PT im Einzelsetting oder, falls die Interaktion zwischen mehreren Klienten aufgrund von Therapiezielen erforderlich ist, in Gruppen stattfinden. Die Gruppengröße variiert dabei je nach Verfahren zwischen zwei bis neun Klienten (Bundesministerium für Gesundheit, 2015). Nach Wittchen, Hoyer, u. a. (2011, S. 457) wird PT in der Regel im Einzelsetting durchgeführt. Eine Kombination aus Einzel- und Gruppenbehandlung bei einem Therapieverfahren ist ebenfalls möglich, bedarf dann allerdings eines Gesamtbehandlungsplans, welcher vor Beginn der Behandlung erstellt werden muss (Bundesministerium für Gesundheit, 2015).

Sowohl bei psychoanalytischen Verfahren als auch bei Verhaltenstherapie sind maximal drei Behandlungsstunden in der Woche möglich, damit eine ausreichende Therapiedauer mit der bewilligten Stundenanzahl gewährleistet ist (Bundesministerium für Gesundheit, 2015).

Im Rahmen verhaltenstherapeutischer PT wird entweder eine individualisierte oder eine an Manualen orientierte Behandlung durchgeführt (Wittchen, Hoyer, u. a., 2011, S. 460).

4.6.2 Formen psychotherapeutischer Versorgung

Psychotherapeutische Versorgung ist in ambulanter, teilstationärer und stationärer Form möglich.

Ambulante psychotherapeutische Versorgung wird von niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in Praxen mit KV-Zulassung oder in freien Praxen sowie in (psychosozialen) Beratungsstellen angeboten (vgl. Scholz, 2013; Schulz, Barghaan u. a., 2011). Ein weiteres ambulantes Angebot sind Ambulanzen in Form von Hochschulambulanzen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Ambulanzen, psychologischen Universitätsinstituten, Institutsambulanzen und Ambulanzen an Ausbildungsstätten. Scholz (2013, S. 6) sowie Schulz u. a. (2011, S. 365) stellen fest, dass in der ambulanten Versorgung PT überwiegend im Einzelkontakt, angeboten von niedergelassenen Psychotherapeuten in eigener Praxis, stattfindet; PT in Gruppen wird kaum angeboten.

Teilstationäre psychotherapeutische Versorgung findet in Tageskliniken, die meist an vollstationäre Kliniken angegliedert sind, statt (Schulz u. a., 2011, S. 465).

Die stationäre psychotherapeutische Versorgung wird durch Kliniken für Psychiatrie oder Psychotherapie, Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie, psychosomatische Akut- und Rehakliniken meist in Gruppen gewährleistet (Scholz, 2013, S. 6; Schulz u. a., 2011, S. 365ff.).

Nach Nübling, Bär, Jeschke, Ochs, Sarubin & Schmidt (2014, S. 389) nehmen lediglich rund 25 bis 30% der Menschen in Deutschland, die eine psychische Störung haben, fachspezifische Leistungen in Anspruch. Davon werden allerdings nur zehn bis 15% psychotherapeutisch behandelt. Der größte Anteil der Versorgung psychisch kranker Menschen findet in psychiatrischen Krankenhäusern sowie in der ambulanten vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung statt. Im Rahmen ambulanter PT werden deutlich weniger Menschen betreut (ebd.). Die ambulante psychotherapeutische Versorgung wird in großen Anteilen von niedergelassenen Psychotherapeuten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung übernommen. Weiter bieten rund 5 700 Fachärzte in 450 psychiatrischen Institutsambulanzen, etwa 40 Hochschulambulanzen und rund 150 Ausbildungsambulanzen der Ausbildungsinstitute für Psychologische Psychotherapie sowie knapp 5 000 Beratungsstellen und 550 psychiatrische und psychosomatische Tageskliniken ambulante PT an (Nübling, Bär u. a., 2014, S. 391).

4.7 Wirkfaktoren von Psychotherapie

In der Literatur und der Forschung ist man sich einig, dass richtig indizierte und kompetent durchgeführte PT für fast alle psychischen Erkrankungen wirksam ist (vgl. Benecke, 2014; Caspar u. a., 2016; Lambert, 2013; Wittchen, Hoyer, u. a., 2011).

Wittchen u. a. (2011, S. 455) sowie Caspar u. a. (2016, S. 208) sprechen von verschiedenen Wirkfaktoren in der PT, wobei sie sich dabei auf Forschungsergebnisse des Psychotherapieforschers Grawe beziehen. So sind Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung und -bewältigung, die motivationale Klärung und die besonders die Qualität der therapeutischen Beziehung bedeutende Wirkfaktoren.

Caspar u. a. (2016, S. 213) sprechen von Faktoren, die ebenfalls auf das Ergebnis der psychotherapeutischen Behandlung Einfluss nehmen. Zu nennen sind hier Therapiemethode, Patientenmerkmale, Merkmale der Therapeuten, die therapeutische Beziehung sowie externe Faktoren und soziokulturelle Kontextfaktoren. Die einzelnen therapeutischen Verfahren und Methoden zeichnen sich nach Caspar u. a. (2016, S. 208) durch ein typisches Wirkfaktorprofil aus. So sind psychodynamische Verfahren überwiegend klärungsorientiert, während verhaltenstherapeutische Verfahren der Bewältigung von

Problemen einen hohen Stellenwert zuschreiben. Relevante Patientenmerkmale sind beispielsweise Reaktanzniveau, Bewältigungsstil, Ausmaß der Belastung, Alter, Schwere der Störung, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Komorbiditäten, Chronizität der psychischen Störung sowie Funktion der Erkrankung. Alter und Geschlecht des Therapeuten, das interaktionelle und technische Vorgehen sowie die Reaktion des Therapeuten auf die Bedürfnisse des Patienten können im individuellen Fall einen bedeutenden Einfluss auf die Wirkung der Therapie nehmen. Die therapeutische Beziehung beeinflusst das Sich-Einlassen des Klienten auf den therapeutischen Prozess, das Engagement des Patienten für den Therapieerfolg und schafft eine sichere Basis für die Beschäftigung mit dem Problem. Weiterhin ermöglicht sie neue Beziehungserfahrungen.

Wittchen, Hoyer u. a. (2011, S. 455) nennen die therapeutische Beziehung, die Erfolgserwartung des Klienten, die Konfrontation mit dem Problem, die Möglichkeit der kognitiven Kontrolle über das Problem sowie Erfolgs- und Misserfolgsattribution des Klienten als wichtige Faktoren für Erfolge oder Rückfälle in der Therapie.

5 Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung

Die PT bei Menschen mit IM sieht sich in verschiedenen Personenkreisen mit vielen unterschiedlichen Vorurteilen konfrontiert. Es fehle den Menschen an Abstraktionsvermögen und Selbstreflexion. Des Weiteren werde immer wieder der Outcome der Behandlung mit den hohen Kosten in Relation gesetzt (Müller-Hohagen, 1996, S. 62).

In diesem Teil der Arbeit werden Behandlungsschwerpunkte und Ziele psychotherapeutischer Tätigkeit bei Menschen mit IM, Besonderheiten bei der Anbahnung und Beantragung von PT für Menschen mit IM und Besonderheiten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung bei Menschen mit IM dargestellt.

5.1 Behandlungsschwerpunkte/Ziele

Unterschiedliche Experten äußern in der Fachliteratur, dass eine „gänzliche Unbehandelbarkeit analog zum erniedrigten Intelligenzquotienten nicht bestätigt“ werden kann (Voß, Schade, Kaiser, & Jeschke, 2008, S. 133). Dabei gilt als State of the Art, dass PT und Pharmakotherapie „sinnvoll vereint oder aufeinander abgestuft zum Wohl der Patienten zum Einsatz kommen können, sollen oder sogar müssen“ (Schanze, 2008, S. 157). Bzgl. des Einsatzes von Psychopharmaka bei Menschen mit IM wird an dieser Stelle auf eine entsprechende Leitlinie von Seidel (2012) verwiesen.

Grundsätzlich kann formuliert werden, dass es keine besondere Therapierichtung und keine besonderen Methoden für Menschen mit IM gibt und dass die Ziele identisch sind mit denen in der Therapie von Menschen mit durchschnittlicher Intelligenz (Hennicke u. a.,

2009, S. 43). Dennoch stehen nach Häbeler u. a. (2014, S. 70) bei Menschen mit IM und einer psychischen Störung/Verhaltensstörung Verhaltens- und Einstellungsänderungen im Vordergrund. "Neben einem Abbau von psychischem Leid und problematischen Verhaltensweisen kann dies durchaus auch positive Auswirkungen auf Anpassungsverhalten und Lernmöglichkeiten der Betroffenen haben" (ebd.). Ergänzend können nach Pörtner (2003, S. 120) Veränderungen im Selbstkonzept als Ziel genannt werden. Gleichzeitig können Personen mit IM die PT "zur Verbesserung ihrer Lebenssituation und Teilhabemöglichkeiten nutzen" (Werther & Henricke, 2008, S. 118). Auch eine größere Zufriedenheit und Ausgeglichenheit aus der Perspektive des Klienten und/oder seiner Betreuungspersonen kann als Ziel einer Therapie angesehen werden (ebd., S. 120). Voß u. a. (2008, S. 132) formulieren "größtmögliche[r] Selbstständigkeit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben" als grundlegende Ziele einer psychotherapeutischen Intervention. Auch die Entwicklung neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten kann einen bedeutsamen Bestandteil einer Therapie darstellen (Werther & Henricke, 2008, S. 120). Nach Badelt (2004, S. 19) und Hackenberg (1996, S. 16) können weitere Indikationen für eine PT für Menschen mit IM aufgelistet werden: Trauer um die behinderungsbedingten Einschränkungen, Traumatisierungen, Partnerschaftsprobleme und Partnerschaftswünsche, Ablösung von den Eltern/Probleme mit den Eltern, Probleme mit der Arbeitssituation, Schwierigkeiten in der Identitätsentwicklung und der Autonomie, Entwicklung eines Selbstwertgefühl, soziale Kompetenz und der Umgang mit besonders kritischen Lebensereignissen.

Die Klienten, die in Einrichtungen leben, sind vielfältigen Abhängigkeiten ausgesetzt. Der rasche Wechsel von Bezugspersonen und die Bewältigung unterschiedlicher, oft wechselnder Anforderungen (wechselnde Kommunikationsstile) erfordern hohe Anpassungsleistungen (Seidel, 2008, S. 142). Daher sollte PT nicht als Mittel der Wahl dienen, um an den Lebensumständen von Menschen mit Behinderung nichts ändern zu müssen (Müller-Hohagen, 1996, S. 62).

Nach einer Befragung von Menschen mit IM von Buchner (2008, S. 179) bezüglich des eigenen Erlebens der psychotherapeutischen Behandlung, kann "als Zeichen für ein Gelingen von Psychotherapie [...] der Rückgang des psychischen Leidensdrucks und eine Besserung des emotionalen Wohlbefindens" gewertet werden (ebd.). Aus dieser Arbeit geht zusätzlich hervor, dass "das gewaltfreie Lösen von Konflikten im Alltag [...] eine als besonders bedeutsam erlebte erlernte Strategie" für die Menschen mit IM darstellt (Buchner, 2008, S. 180). Badelt (2004, S. 18) bestätigt dies aus eigener Erfahrung.

Nach Dielentheis (2013, S. 12) stellen Angststörungen (F40-41), Zwangsstörungen (F42), Affektive Störungen (F32-34), Akute Belastungsreaktionen (F43.0), Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1), Anpassungsstörungen (F43.2), Traumafolgestörungen

(diverse Störungsbilder), Ablösungskrisen, Pubertätskrisen (Identitätskrisen), Selbstwertkrisen und Partnerschaftsprobleme Indikationen für PT bei Menschen mit IM dar. Berger (2007, S. 4) nennt Belastungsreaktionen und Autonomiekrisen Einsatzschwerpunkte der PT im klinischen Alltag dar. Wunder (2011, S. 37) listet Diagnosen bei Menschen mit IM auf, die vorrangig zur Behandlung führen. Es wurden 2009 31,65% aus der Diagnosegruppe F2 (Schizophrenie), 19,82% aus der Gruppe F3 (Affektive Störungen), 12,49% aus der Gruppe F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) und 10,77% aus der Gruppe F0 (Organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen) in der Psychiatrisch Psychotherapeutischen Ambulanz Alsterdorf/Hamburg behandelt. Davon wiesen 14,8% eine Lernbehinderung (F81.9), 32,9% eine leichte Intelligenzminderung (F70), 24,0% eine mittelgradige Intelligenzminderung und 17,2% eine schwere oder schwerste Intelligenzminderung (F72-F73) auf.

5.2 Besonderheiten bei der Anbahnung von Psychotherapie für Menschen mit einer Intelligenzminderung

Bei Menschen mit IM treten bei der Anbahnung eines psychotherapeutischen Prozesses Besonderheiten auf. Diese Besonderheiten werden im Hinblick auf die Kontaktaufnahme zum Psychotherapeuten und im Hinblick auf die Motivation und mögliche Behandlungswiderstände dargestellt.

5.2.1 Kontaktaufnahme zum Psychotherapeuten

Die Experten sind sich in der Literatur nahezu einig, dass Menschen mit IM üblicherweise nur auf Veranlassung von Dritten zur PT kommen (vgl. Seidel, 2008; Awiszus-Schneider, 1996; Görres, 1996; Werther & Hennicke, 2008). Die Motivation oder der Leidensdruck liegen bei Dritten (Seidel, 2008, S. 141). Nur wenige Ausnahmen fragen PT selbst nach, und zwar insbesondere dann, wenn bereits Therapieerfahrung besteht und die entsprechenden Personen sich daher „bei Verschlechterung ihrer psychischen Befindlichkeit erneut an einen Therapeuten [wenden]“ (Awiszus-Schneider, 1996, S. 143). Auch das explizite Aufmerksammachen auf psychotherapeutische Angebote durch Mitbewohner oder Mitarbeiter unterstützen die selbstbestimmte Nachfrage (Awiszus-Schneider, 1996, S. 143).

Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Menschen Schwierigkeiten haben, dem Helferkreis die eigenen Probleme deutlich zu machen, wodurch es erschwert wird, die Notwendigkeit der Veranlassung von PT zu erkennen (Havemann & Stöppler, 2014, S. 59).

“Einrichtungen signalisieren erfahrungsgemäß vor allem dann Bedarf an psychotherapeutischer Hilfe, wenn das entsprechende Verhalten störend wirkt oder Angst auslöst [...]. Stilles, zurückgezogenes Verhalten [...] ist erfahrungsgemäß sehr viel seltener Anlass, seitens der Mitarbeitenden nach psychotherapeutischer Hilfe zu fragen” (Seidel, 2008, S. 141).

5.2.2 Motivation und Behandlungswiderstand des Klienten

“Ein besonderes Problem stellt das Erkennen bzw. die Entwicklung der Motivation des Klienten zur Veränderung dar“ (Werther & Hennicke, 2008, S. 120). Die Ziele und die Vorstellungen der Bezugsperson entsprechen oft nicht den Vorstellungen des jeweiligen Klienten (Werther & Hennicke, 2008, S. 120). Eine „aufgezwungene [...] verordnete Therapie widerspricht deren Grundsätzen, zu denen die innere und äußere Zustimmung, Freiwilligkeit, Einsichtsfähigkeit, Leidensdruck gehören, um nur einiges aus dem Motivationsbündel zu nennen“ (Görres, 1996, S. 32). Es widerspricht diesen Grundsätzen, einem erwachsenen Menschen eine Intervention aufzuzwingen (Görres, 1996, S. 32). Hier sollte nach Seidel (2008, S. 141) ein besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, ob der Anfrage nach PT “nicht in Wirklichkeit ein Problem in der Einrichtung, in ihren Konzepten und Bedingungen usw. zugrunde“ liegt und ob also nicht eher dort eine Änderung notwendig wäre.

Manche Menschen mit IM werden von Ängsten gebremst. Unüberwindbarer Widerstand und Angst verhindern das Zustandekommen und erst recht das Gelingen einer Therapie (Görres, 1996, S. 32). Diese Menschen haben oftmals in ihrer Vergangenheit viele „Untersuchungen und Behandlungen - oft ohne eigene Kontrollmöglichkeit - über sich ergehen lassen müssen und immer wieder erlebt, dass sie nicht ‘in Ordnung‘ sind. Ihnen sollte daher von Anfang an Raum für Selbstbestimmung, also auch für Widerstand gegeben werden“ (Böttlinger u. a., 2014, S. 6f.). Bei geringer Therapiemotivation oder großen Ängsten oder Misstrauen gegenüber fremden Personen kann die Begleitung einer vertrauten Person unterstützend wirken (Endermann & Sander, 1999, S. 184f.).

Menschen, die selbstbestimmt an einer Therapie teilnehmen, können sich wehren, entziehen und schließlich einfach wegbleiben. Diese Möglichkeit der Wahl bleibt Menschen mit IM oft nicht, da sie auf Assistenz und Hilfeleistungen angewiesen sind (Görres, 1996, S. 32). Meist kann das Arbeitsbündnis von den Klienten eingehalten werden, wenn die Spielregeln und das Setting in Vorgesprächen mit ihnen festgelegt wurden (Görres, 1996, S. 32), „selbst wenn Menschen mit geistiger Behinderung ein langsames und möglicherweise auch anderes Verständnis von Konflikten und ihren Lösungsoptionen haben“ (Voß u. a., 2008, S. 133).

5.2.3 Besonderheiten im Rahmen des Datenschutzes

Viele Menschen mit IM haben einen gesetzlichen Betreuer für verschiedene, individuell notwendige Aufgabenkreise, wie beispielsweise die Gesundheitsfürsorge. Trotzdem ist es nicht immer notwendig, dass der Betreuer in eine PT einwilligt, vor allem wenn der Betroffene selbst rechtswirksam einwilligen kann (vgl. Schanze, 2007). Dennoch ist es nach Seidel (2008, S. 142) „fast immer zweckmäßig, sich des Einvernehmens des gesetzlichen Betreuers zu versichern.“ Sollte der Klient keine rechtswirksame Einwilligung im Hinblick auf die Heilmaßnahme geben können „muss ersatzweise die Einwilligung des gesetzlichen Betreuers eingeholt werden“.

Menschen mit IM haben in der Regel einen Unterstützerkreis von professionellen Begleitern, „[...] , welche notwendigerweise, zumindest bis zu einem gewissen Grad, auch über die in der Psychotherapie erörterten Strategien und Themen informiert werden müssen, [...]“ (Voß u. a., 2008, S. 133). Grundsätzlich ist das Anliegen, über die Therapie und ihren Verlauf informiert zu werden, nachvollziehbar, aber vor der Weitergabe von Informationen ist die Zustimmung des Klienten einzuholen (Seidel, 2008, S. 142). „Dem muss eine verständliche Information über den begrenzten Umfang und den Zweck dieser Informationen vorausgehen“ (ebd.) und die Informationen sollten auf das Notwendige begrenzt werden. Durch das Einhalten der Schweigepflicht erleben die Klienten Wertschätzung, was die Grundvoraussetzung für die Entwicklung von Vertrauen in einer therapeutischen Beziehung ist (vgl. Buchner, 2008). Zudem war und ist es im biographischen Erleben der Menschen mit IM nicht selbstverständlich, dass die Anonymität und die Intimsphäre gewahrt bleiben (Görres, 1996, S. 36), weshalb besonders darauf geachtet werden sollte.

5.3 Besonderheiten bei der Durchführung von Sitzungen mit Menschen mit Intelligenzminderung

In diesem Teil der Arbeit werden die Besonderheiten des Therapie-Settings, der Kommunikation, der Beziehungsarbeit, der Introspektionsfähigkeit und Empathie im Rahmen der Therapieverfahren und -methoden und der Kooperation mit Bezugspersonen dargestellt. Zum Abschluss des Kapitels werden mögliche Barrieren für die Inanspruchnahme von PT und notwendige fachliche Voraussetzungen der Therapeuten behandelt.

5.3.1 Besonderheiten des Therapie-Settings

Wie bereits erwähnt gibt es keine spezifische Therapie für Menschen mit IM. Vielmehr "müssen die Therapien auf die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse wie auch auf die besonderen Kontextbedingungen zugeschnitten werden" (Hennicke u. a., 2009, S. 35). Gärtner-Peterhoff, Rattay & Sand (1989, S. 16) haben bereits 1989 Prinzipien für das therapeutische Vorgehen veröffentlicht. Sie betonen, dass eine große Flexibilität im Setting erforderlich, aber eine Beliebigkeit ausgeschlossen ist. "Bei aller Variabilität ist jedoch die Einhaltung des Prinzips der verlässlichen [sic] Regelmäßigkeit unverzichtbar" (Gärtner-Peterhoff u. a., 1989, S. 17), allerdings kann der Ort und der Inhalt der Therapiestunde flexibel gehandhabt werden (ebd.). Häßler u. a., (2014, S. 30) empfehlen die Durchführung der Behandlung im vertrauten Lebensumfeld.

Auf Grund der Komplexität und des Ausprägungsgrads der Probleme reicht PT in der klassischen Form nicht immer aus (Luxen, 2001, S. 350). Oftmals erfordert die Behandlung von Menschen mit IM zusätzlich die Gestaltung des konkreten Alltagsrahmens und der Wohn- und Arbeitssituation (Luxen, 2001, S. 350). Hierfür wird mehr Zeit (Dielentheis, 2013, S. 13) und ein Betreuungsmehraufwand benötigt (Dahlhaus, 2013, S. 3). Sappok u. a. (2010, S. 835) empfehlen in ihren Grundregeln für die Behandlung von Menschen mit IM, die Ablenkung in den Einheiten zu reduzieren, kürzere, aber insgesamt mehr Therapieeinheiten durchzuführen und die Inhalte in lebenspraktische Situationen zu übertragen. Dielentheis (2013, S. 13) stimmt dem zu.

Hier können die von Endermann & Sander (1999, S. 182ff.) beschriebenen sechs Modelle zur therapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM in Einrichtungen der Behindertenhilfe angesprochen werden. Eine nähere Beleuchtung wird in diesem Rahmen nicht durchgeführt.

5.3.2 Besonderheiten in der Kommunikation mit dem Klienten

Nach Hettinger (1996, S. 183f.) darf PT „nicht an Voraussetzungen wie z.B. die Fähigkeit zur sprachlichen Verständigung geknüpft werden“. Es bestünde die Gefahr, dass eine Vielzahl von Menschen mit IM ausgegrenzt werden. Ihnen würde zudem implizit unterstellt, dass keine Persönlichkeit oder keine Psyche Gegenstand therapeutischer Bemühungen werden könnte. Daher ist nach Berger & Müller (2002, S. 28) im therapeutischen Prozess „die Bereitschaft und Möglichkeit zur Anwendung spezieller Kommunikationsformen“ erforderlich.

Menschen mit IM sprechen oft in Floskeln, die sie gehört haben. Diese fertigen Sätze sind oft nicht mit dem Erleben der Klienten kongruent (Pörtner, 2003, S. 118) und müssen daher erst entschlüsselt werden. Wenn das Sprachverständnis und der Sprachgebrauch bei dem Klienten eingeschränkt ist, sollten nach Dielentheis (2013, S. 13; vgl. Sappok u. a., 2010, S. 835) eine einfache, konkrete Sprache und nonverbale Kommunikationsmethoden zum Einsatz kommen. Dies kann durch Piktogramme und andere Visualisierungen, z.B. durch den Einsatz von Gestik, Mimik und Gebärden, Symboltafeln, Schreibtafeln, Talker, Facilitated Communication etc. (Schanze, 2008, S. 157f.) ergänzt werden. „Soziale Situationen und emotionale Befindlichkeiten können [...] visualisiert werden und damit der verbesserten Selbstwahrnehmung dienen“ (Werther & Hennicke, 2008, S. 120). Peters (2001, S. 97) empfiehlt, Fragen nach einem Grund zu unterlassen. Wegen einer geringeren Konzentrations- und Verständnisfähigkeit, Schwächen im Bereich der Lerngeschwindigkeit und auch der Aufmerksamkeitsspanne sollten die Inhalte vereinfacht, häufiger wiederholt und mit Hilfe von Verständnisprüfungen kontrolliert werden (Dielentheis, 2013, S. 13). Sappok u. a. (2010, S. 835) empfehlen zudem, in Gesprächen mehr Zeit für Antworten einzuplanen. Als Mittel der Kommunikation können auch diverse Gestaltungsmaterialien (Zeichen- u. Spielmaterialien, Musik, Puppen etc.) verwendet werden (Berger, 1996, S. 6f.). In der praktischen Tätigkeit ist es nach Werther & Hennicke (2008, S. 120) zu empfehlen, dem Klienten „konkrete und äußerlich sichtbare Alternativen und Wahlmöglichkeiten“ vorzugeben. Umgekehrt lässt sich ableiten, „dass eine psychotherapeutische Behandlung dann erfolgreich sein kann, wenn es gelingt, in der Therapie Affekte zu differenzieren, zu verbalisieren und in konkrete Erfahrungen zu übersetzen, die dem jeweiligen kognitiven Niveau entsprechen“ (Hahlweg & Keim, 2010, S. 330).

Lynch (2004 in Voß u. a., 2008, S. 133)

“identifizierte als wichtige Parameter für eine erfolgreich Psychotherapie die Notwendigkeit zur einfachen Sprache und zur reduzierten Geschwindigkeit der psychotherapeutischen Intervention sowie die Notwendigkeit zur Einbeziehung von Bezugspersonen”.

Es ist im Prozess darauf zu achten, dass „insbesondere ständiges Fragen [...] von Klienten als beschämend erlebt [wird]“ (Werther & Hennicke, 2008, S. 120). Es können beispielsweise auch „Ersatzsprachen erfunden werden [...], statt stundenlang die Artikulation zu üben, zu korrigieren und deren Inhalte zu ignorieren“ (Roosen-Runge, 2008, S. 175). Zudem sollte beachtet werden, dass das respektvolle Sitzen als Barriere empfunden und Verunsicherung bei dem Klient mit IM ausgelöst werden kann (Hahlweg & Keim, 2010, S. 330). Es kann resümiert werden, dass während der Therapie die Sprache des Klienten gefunden werden muss – Verbal oder Non-verbal (Pörtner, 2003, S. 118) ist nicht entscheidend.

5.3.3 Besonderheiten in der Beziehungsarbeit

Die „Säulen der Therapie bauen auf dem ‚Fundament‘ einer möglichst guten Arzt-Patient-Beziehung auf, die durch die unmittelbare Begegnung von Arzt [bzw. Therapeut] [Anm. d. Autoren] und Patient [...]“ (Schanze, 2008, S. 157) entsteht. Nach Glasenapp u. a. (2000, S. 134) „ist davon auszugehen, dass bereits das Zustandekommen einer therapeutischen Beziehung Veränderung in gewünschter Richtung bedeutet.“ Die Beziehungsgestaltung sei „mehr als der Hintergrund, vor dem sich therapeutische Veränderung ergibt“ (Glasenapp u. a., 2000, S. 134). „So kann Psychotherapie vielfach zur erstmaligen Erfahrung einer nicht wertenden, nicht urteilenden, ihn ernst nehmenden Beziehung eines anderen Menschen zu ihm werden“ (Görres, 1996, S. 30). Werther & Hennicke (2008, S. 120) sind der Meinung, dass die Verschwiegenheit und Zuverlässigkeit sowie die ungeteilte Aufmerksamkeit des Therapeuten wesentliche zusätzliche Wirkfaktoren bei der PT von Klienten mit einer IM darstellen. Elbing, Glasenapp, Moschner, & Rohmann (2000, S. 59) empfehlen das Spiegeln als wirksames Mittel der Beziehungsgestaltung. Es fördere „durch seinen rekursiven Charakter die dialogische Koppelung der beteiligten Personen“ (Elbing u. a., 2000, S. 59).

Luxen (2001, S. 352) ist der Meinung dass „die Beziehungsgestaltung [...] sich dem differenziert erhobenen Entwicklungsstand anpassen [muss]“. Es muss herausgefunden werden, welche Stärken und Schwächen ein Mensch mit IM „in den einzelnen Funktionsbereichen besitzt und unter welchen Bedingungen er sie zeigt“ (ebd.). Werther & Hennicke (2008, S. 120) betonen hierzu die allgemeine Notwendigkeit der Ressourcenorientierung.

Zu den therapeutischen Grundregeln gehört nach Häßler u. a. (2014, S. 33) die Geduld, damit Veränderung und Entwicklung möglich sind. Geduld sei aber eher längerfristig erforderlich für den therapeutisch notwendigen Beziehungsaufbau in Hinblick auf die Reaktion der Klienten. Des Weiteren entstehe Vertrauen „durch Verständnis, Korrektheit, Ehrlichkeit, Kontinuität insbesondere von therapeutischer Seite“ (ebd.). Als weitere

Grundregel formuliert Häßler u. a. (2014, S. 33) die Berücksichtigung der therapeutischen Neutralität, von körperlicher und/oder verbaler Intimität sowie die Vermeidung von Druck und Zwang. Im Rahmen der haltenden und stützenden Atmosphäre gehören auch klare Strukturen und eine überschaubare Regelhierarchie (ebd.) zu den Grundregeln therapeutischen Handelns. Buchner (2008, S. 180) identifizierte die positive Beziehung zwischen Klient und Therapeut als eine zentrale Kategorie für ein Gelingen von PT.

Im Hinblick auf die Übertragung und die Gegenübertragung kommt es nach Kufner (2015, S. 21 nach Hurley et al., o.J.) zu einer stärkeren und schnelleren Bindung zwischen Therapeut und Klient, zudem ähneln die Reaktionen des Therapeuten den elterlichen. Viele Therapeuten haben das Bedürfnis sich stärker abzugrenzen (ebd.).

5.3.4 Besonderheiten in der Introspektionsfähigkeit und Empathie

In unterschiedlichen Publikationen wurde Menschen mit IM eine beeinträchtigte Introspektionsfähigkeit in Abhängigkeit vom Schweregrad ihrer geistigen Behinderung und von zusätzlichen Behinderungen bescheinigt (vgl. DGPPN, 2009, S. 4f.; Schanze, 2008, S. 158). In gemeinsamen Aktivitäten wie Essen und Kochen, Ballspielen, Rollenspielen, Puppenspielen oder pädagogischen Spielen zeigen sich pathologische Einstellungen und Verhaltensweisen und werden damit bearbeitbar (Gärtner-Peterhoff u. a., 1989, S. 18). Kufner (2015, S. 21 nach Hurley et al., o.J.) spricht sich dafür aus, dass der Entwicklungsstand bei der Gestaltung von Techniken und Material berücksichtigt werden sollte.

Im Hinblick auf die Empathie ermöglicht eine einführende, wertschätzende, authentische Grundhaltung sowohl die Annahme als auch die professionelle Distanz bei gleichzeitiger Zugewandtheit in der PT (Luxen, 2001, S. 351). "Unbedingte Akzeptanz ist zwar die notwendige, aber dennoch nicht hinreichende Voraussetzung im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten." (ebd.)

5.3.5 Besonderheiten bezüglich der Therapieverfahren und Methoden

Sappok u. a. (2010, S. 835) fassen zusammen, dass neben den in 5.3.1–5.3.4 dargestellten Besonderheiten ein direkter Stil und klare Strukturen der Therapieeinheiten Grundregeln im therapeutischen Setting darstellen. Nach Häßler u. a. (2014, S. 57) wirkt sich "eine höhere Strukturierung [...] sich einerseits positiv auf therapeutische Lernprozesse aus, beinhaltet aber andererseits die Gefahr, dass der Therapeut mit seinen Vorstellungen ungewollt den Klienten manipuliert". Schanze (2007, S. 203) erläutert, dass im Rahmen des personenzentrierten Ansatzes der Therapeut eine insgesamt deutlich aktivere Haltung einnimmt, Entscheidungen häufiger auf Konsistenz überprüft werden müssen und dass Figuren zur Visualisierung sozialer Situationen verwendet werden sollten. Der Therapeut

sollte auf der Basis der Empathie ein guter Übersetzer in verschiedenen Sinnesmodalitäten sein (Schanze, 2007, S. 203).

Des Weiteren sollte die Präsentationsgeschwindigkeit verlangsamt und das Vorgehen zielfokussiert sein (Häßler u. a., 2014, S. 57). Kufner (2015, S. 21) listet nach Hurley et al. (o.J.) zentrale Modifikationen psychotherapeutischer Techniken im Rahmen der Behandlung von Menschen mit IM auf. Unter anderem erläutert sie, dass aufgrund „der kognitiven Einschränkungen [...] der Therapeut direkter sein [sollte]“ (ebd.). Zudem sollten mit Hilfe von Komplexitätsreduktionen üblicher Techniken Vereinfachungen angestrebt und Interventionen in kleine Schritte aufgeteilt werden (ebd.). Im Rahmen der notwendigen Flexibilität sollten die angewendeten Techniken an den kognitiven Entwicklungsstand und an verlangsamte Fortschritte angepasst werden (ebd.). Auch Geisenberger-Samaras (2007, S. 209) betont, dass die Modifizierung „verhaltenstherapeutischer Strategien und Behandlungsprogramme [...] vom Therapeuten viel Kreativität, Flexibilität sowie Kenntnisse über die kognitiven Möglichkeiten und Grenzen der Patienten (Selbstreflexion, Sprachkompetenz, Kulturtechniken) [erfordert]“.

Zentrale Prinzipien bei der Therapie von psychischen Störungen bei Menschen mit IM sind die schulen-übergreifende Arbeitsweise (Berger, 2007, S. 5) und die Verwendung eines integrativen Behandlungskonzepts (Došen u. a., 2010, S. 50). Dem stimmt Werther (2005, S. 119) zu, da die Vielfältigkeit psychischer Störungen vielfältige Methoden erfordert. Die Behandlung nach dem Konzept der integrativen Behandlung (Došen u. a., 2010, S. 50) erfolgt auf der Ebene der Entwicklungsfaktoren (z.B. Begegnung der Person auf dem Niveau ihrer emotionalen Entwicklung), auf der sozialen Ebene (z.B. Information, Ausbildung und Training der Umwelt), auf der psychologischen Ebene (z.B. Training von Fertigkeiten) und im Rahmen der biologischen Dimension (z.B. Einsatz von Psychopharmaka). Roosen-Runge (2008, S. 172) und Seidel (2008, S. 138) ergänzen, dass durch körperbezogene, gesprächs- oder systemische Methoden, Pädagogik und Heilpädagogik, Supervision oder Beratung auf systemischer Grundlage psychotherapeutische Effekte erzielt werden können und die üblichen Methoden der Richtlinienpsychotherapie häufig entsprechend ergänzt werden müssen. Vor allem (Hennicke, 2011a, S. 17) betont, dass nicht „allein die Veränderung der Kontextbedingungen die Lösung bedeutet, sondern dass – bei hinreichende[m] ‘Schweregrad der Problematik’ - auch individuumzentrierte Strategien notwendig werden“. Zudem ist die Notwendigkeit der schulen-übergreifenden und methodenintegrierenden Arbeitsweisen besonders hervorzuheben (Werther & Hennicke, 2008, S. 118). „Notwendig sind, gerade auch wegen der sehr breiten Überschneidung psychotherapeutischer und heilpädagogischer Ansätze für Menschen mit geistiger Behinderung, interdisziplinäre und multiprofessionelle Kooperationen statt willkürlicher Abgrenzungen“ (Werther & Hennicke, 2008, S. 121). „Als weiterer Strang können

familientherapeutisch- systemisch orientierte Therapieansätze ausgemacht werden“ (Werther & Henniscke, 2008, S. 118).

In der Fachliteratur finden sich nur sehr wenige fundierte und den wissenschaftlichen Qualitätsstandards entsprechende Effektivitätsstudien von PT bei Menschen mit IM (vgl. Voß u. a., 2008, S. 133). Mittlerweile hat sich jedoch die Erkenntnis durchgesetzt, „dass Menschen mit Intelligenzminderung nicht ausschließlich von pädagogischen Konzepten profitieren, sondern dass bei entsprechender Adaptation die allermeisten gängigen Psychotherapieverfahren auch für diese Personengruppe als geeignet anzusehen sind“ (Häßler u. a., 2014, S. 70). Es werden die gleichen Methoden angewandt wie in den konventionellen Ansätzen (Peters, 2001, S. 44).

Die verschiedenen Psychotherapieschulen haben die Behandlung von Menschen mit IM modifiziert. Die größten Effekte weisen nach Häßler u. a. (2014, S. 70) Interventionen auf der verhaltenstherapeutischen Ebene auf, die sich auf Whitehouse u. a. (2006) beziehen. Die Effekte seien umso höher, „je mehr eine Anpassung der Techniken an die individuellen Gegebenheiten erfolgt“ (ebd.).

Besonders „in der Behandlung von verhaltensauffälligen Menschen mit einer schwereren geistigen Behinderung haben klassische verhaltenstherapeutische Ansätze einen besonderen Stellenwert und Berechtigung, da bislang wirksame psychotherapeutische [sic] Alternativen fehlen“ (Geisenberger-Samaras, 2007, S. 213).

Eine englische Übersichtsstudie von Willner (2005) bezüglich der Effektivität von therapeutischen Interventionen bei Menschen mit Behinderung wurde sowohl von Häßler u. a. (2014, S. 70), als auch von Kufner (2015, S. 19) als Beleg angeführt, dass „sowohl psychodynamische Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie als auch kognitive Therapie [...] effektiv“ (ebd.) sind. Zudem erziele nach Kufner (2015, S. 19) kognitive Verhaltenstherapie bei Wut als Problemverhalten intelligenzgeminderter Patienten große Effekte. „Darüber hinaus werden Erfolge für Therapieansätze der dritten Welle (Achtsamkeitsbasierte Therapien, Dialektisch-Behaviorale Therapie) berichtet“ (Kufner, 2015, S. 19). Laut Häßler u. a. (2014, S. 70) sei Willner (2005) sogar der Meinung, dass verhaltenstherapeutische Konzepte bei diesem Personenkreis einzig und allein Erfolgversprechend zu sein scheinen. Werther & Henniscke (2008, S. 118) beziehen sich auf Tagungen und Veröffentlichungen von Kollegen und sind der Meinung, dass sich „im psychotherapeutischen Feld auch auf humanistischer und psychodynamischer Grundlage mit Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten lässt und dass so gearbeitet wurde“. Für andere Therapieverfahren wie die Verhaltenstherapie liegen aber keine entsprechenden Effektivitätsstudien zur Behandlung von Menschen mit IM vor (Häßler u. a., 2014, S. 56).

Während der psychotherapeutischen Ausbildung wird die Thematik, einschließlich der notwendigen Flexibilität im Rahmen der Therapie bei Menschen mit IM fast vollständig

ausgeblendet (Schanze, 2008, S. 158). In einer wissenschaftlichen Arbeit kamen Simon & Jäckel (2014, S. 132) zu dem Ergebnis, dass in Deutschland lediglich 25,3% der Ausbildungsinstitute Ausbildungsinhalte, teilweise auch nicht verpflichtend, zum Thema IM anbieten. Von den Autoren wird dies als ein sehr geringer Ertrag gewertet. Rotthaus & Wilms (2012, S. 637) stimmen dieser These zu.

In Ba-Wü wurden im November 2013 und 2014 regionale Fortbildungsveranstaltungen angeboten, um interessierte Psychotherapeuten zu schulen (Böttinger u. a., 2014, S. 3). Es wurde das Ziel verfolgt, mögliche Verunsicherungen im Umgang mit der Klientel abzubauen und ein Netzwerk zu schaffen. Die Anzahl der Teilnehmer war laut Straub (2015, S. 22) unerwartet hoch. Eine zentrale Fortbildungsveranstaltung der LPK Ba-Wü fand mit über 100 Teilnehmern im Frühjahr 2016 in Stuttgart statt.

5.3.6 Besonderheiten in der Kooperation mit Bezugspersonen

Menschen mit IM „sind in Abhängigkeit von Schwere und Komplexität ihrer Behinderung von familiären, professionellen oder anderen Hilfesystemen abhängig“ (DGPPN, 2009, S. 4f.). Die Experten sind sich in der Fachliteratur einig, dass das Lebensumfeld unter Beachtung der Privatsphäre zwingend in die psychotherapeutische Behandlung dieser Klientel mit einbezogen werden muss (Sappok u. a., 2010, S. 835; Henniscke u. a., 2009, S. 35). Dabei ist nach der DGPPN (2009, S. 4f.) die Erschließung von fachlichen Hilfen, die Organisation von und die Begleitung zu therapeutischen Maßnahmen und darüber hinaus auch die Bekräftigung von Förder- und Therapiefortschritten zu beachten. Nach Luxen (2001, S. 353) „hat es sich als günstig erwiesen, Therapie und Alltag möglichst eng miteinander zu verknüpfen“. Eine Zusammenarbeit mit Bezugspersonen begünstigt den Transfer in die aktuelle Lebenssituation und einem möglichen Beratungsbedarf der Bezugsperson kann entsprochen werden (Häßler u. a., 2014, S. 57). Auch für Sappok u. a. (2010, S. 835) ist die Anleitung und Einbeziehung der Bezugspersonen hier das zentrale Element. Zumal nach Peters (2001, S. 37) problematisches Verhalten immer auch eine soziale und eine Beziehungsproblematik beinhaltet. Auch Voß u. a. (2008, S. 136) halten die „Generalisierung von psychotherapeutischen Behandlungserfolgen und ihr[en] Transfer in die realen lebensweltlichen Bezüge“ für begrenzt, „wenn nicht eine Einbeziehung der personellen Unterstützungssysteme (Familie, Angebote der Eingliederungshilfe) gewährleistet ist“ (ebd.).

Eine notwendige psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung darf bei den überlasteten Familien nicht als Bankrotterklärung für all die Bemühungen der Angehörigen verstanden werden (Müller-Hohagen, 1996, S. 62). Auch die fachliche Zusammenarbeit

zwischen verschiedenen Institutionen ist für den Erfolg einer Therapie von zentraler Bedeutung (Haberl, 2015, S. 57). „[...] Psychotherapie [ist] ohne einen begleitenden Beratungsprozess der mit den Klienten in Kontakt stehenden MitarbeiterInnen [...] nicht denkbar“ (Awiszus-Schneider, 1996, S. 145). Daher sollte, um die Erfolgchancen der Therapie zu erhöhen, die Therapiemotivation bei den engsten Bezugspersonen aufgebaut und in diesem Zusammenhang sollten auch die Ziele der Therapie erläutert werden (Berger, 2007, S. 6). Buchner (2008, S. 180) ist der Meinung, dass intrinsische Motivation eine zentrale Kategorie für eine erfolgreiche PT ist.

Im Hinblick auf Kooperation und Kommunikation mit Mitarbeitern sollte das Ziel der PT vermittelt und dafür geworben werden, „dass der Prozess der Psychotherapie konsequent unterstützt wird“ (Seidel, 2008, S. 142). Seidel (ebd.) empfiehlt zudem, sich bereits im Vorfeld oder zu Beginn der Behandlungsprozess mit einem Besuche beim Klienten über dessen Wohnumfeld zu informieren. „Er kann dabei Informationen gewinnen oder Wahrnehmungen machen, die ihm bei jeder ausschließlichen Vermittlung durch Dritte vermutlich entgehen“ (Seidel, 2008, S. 142).

Mögliche Kooperationspartner können die Familie und Angehörige, Angebote der Eingliederungshilfe, Mitarbeiter aus den Lebensbereichen Wohnen und Arbeit sowie aus der tagesstrukturierende Beschäftigung (pädagogisches und pflegerisches Personal, sowohl ambulant, als auch stationär im Rahmen der Eingliederungshilfe) und andere Fachleute je nach Alter und notwendiger Assistenzbereiche des Klienten sein (nach Werther & Henricke, 2008, S. 120; Schanze, 2008, S. 158 & Schäfer-Walkmann, Traub, Häussermann, & Walkmann, 2015, S. 80). Dabei kann es sich unter anderem um niedergelassene Ärzte, Klinikärzte, sozialpsychiatrische Praxen, Heilberufe (Logopäden, Ergotherapeuten), Sonderpädagogische Dienste oder Förderschulen handeln.

5.3.7 mögliche Barrieren für die Inanspruchnahme von Psychotherapie

Häßler u. a. (2014, S. 5) sind der Meinung, dass „der behinderungsbedingte Versorgungsbedarf [...] finanziell nicht ausreichend gedeckt [ist]“. Es bestehe vermehrter zeitlicher Aufwand, da der Behandlungsprozess in Abhängigkeit von der Schwere der Behinderung und auch die diagnostische Abklärung überdurchschnittlich viel Zeit benötige (DGPPN, 2009, S. 4f.). Aktuell gäbe es noch keine Modifikation der Rahmenbedingungen der Richtlinienverfahren und keine Vergütung, die dem Mehraufwand entspreche (DGPPN, 2009, S. 8). Bei volljährigen Klienten gibt es nach den Richtlinien kein zusätzliches Stundenkontingent für die Arbeit mit Bezugspersonen (Werther & Henricke, 2008, S. 121). Seidel (2008, S. 139) merkt kritisch an, dass im Hinblick auf die Rahmenbedingungen ein Ausschluss von Hausbesuchen für PT, zunehmende Leistungsausschlüsse und wachsende Belastungen durch Zuzahlungen nicht förderlich im Hinblick auf die Versorgungssituation

sind. Seiner Meinung nach sind Menschen mit schweren Behinderungen zunehmend benachteiligt, da sie „in der Regel von Sozialhilfe abhängig sind und ihren Mehrbedarf nicht aus eigenen Mitteln kompensieren können“ (Seidel, 2008, S. 139). Die meisten verfügen nicht über ein eigenes Transportmittel, um den Psychotherapeuten aufsuchen zu können (Havemann & Stöppler, 2014, S. 61). Dies kann besonders in ländlichen Gebieten den Zugang zur PT deutlich erschweren (ebd.). Des Weiteren werden viele (heil-)pädagogisch geprägte Therapieverfahren, die Lernprozesse und Therapieprozesse besonders bei Menschen mit IM anregen können, von den Krankenkassen nicht finanziert (Schanze, 2008, S. 158). Böttinger u. a. (2014, S. 4f.) erläutern, dass es „für eine fachlich gute psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen [...] jedoch erforderlich [ist], auch die Grenzen der Richtlinienversorgung zu benennen.“

Unterschiedliche Quellen sind sich einig, dass es auf der einen Seite wohl eine Versorgungslücke und einen großen Bedarf im Hinblick auf die Erreichbarkeit kompetenter psychotherapeutischer Hilfen (DGPPN, 2009, S. 8; Schanze 2008, S. 158) gibt, aber andererseits „wird Psychotherapie eher zögerlich in Anspruch genommen“ (Werther & Hennicke, 2008, S. 123). Die Autoren nennen als mögliche Gründe den recht hohen Aufwand und das Fehlen eines Bewusstseins für die Sinnhaftigkeit von psychotherapeutischen Interventionen (Werther & Hennicke, 2008, S. 123). Auch könne die PT von Menschen mit IM „nur (noch) in seltenen Fällen durch eigenes psychotherapeutisches Personal der Einrichtungen selbst erbracht werden“ (Seidel, 2008, S. 140). In der Regel „sind Klienten der Einrichtungen auf externe Psychotherapeuten angewiesen“ (Seidel, 2008, S. 140). Vertiefend wird auf dieses Thema in Kapitel 6 eingegangen.

Des Weiteren dürfen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht mit erwachsenen Menschen mit IM arbeiten, obwohl diese die notwendigen nonverbalen Interventionsmöglichkeiten beherrschen würden, die für erwachsene Klienten mit IM notwendig ist (Werther & Hennicke, 2008, S. 121). Voß u. a. (2008, S. 132) resümieren, dass die Barrieren für eine PT bei Menschen mit IM unverhältnismäßig hoch seien. Die DGSGB hat im November 2015 entsprechende Vorschläge zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien beim Bundesausschuss eingereicht (Seidel & Glasenapp, 2015).

5.3.8 notwendige fachliche Voraussetzungen der Therapeuten

Die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit IM verlangt unterschiedliche fachliche Voraussetzungen von den Therapeuten. Vielen niedergelassenen Psychotherapeuten fehlen Tätigkeitserfahrungen im System der Behindertenhilfe und methodische Kenntnisse zur PT von Menschen mit IM (Seidel, 2008,

S. 140) und damit der Erfahrungsschatz, auf den zurück gegriffen werden kann. Lingg & Theunissen (2013, S. 123) mutmaßen, dass viele Psychotherapeuten glauben, den eingeschränkten Kommunikations-, Introspektions- und Reflexionsfähigkeiten der Klientel nicht gerecht werden zu können.

Die DGPPN (2009, S. 4) ist der Meinung, dass der Therapeut unbedingt „Kenntnisse der Besonderheiten von Symptomatik und Verlauf“ und „der spezifischen psychischen Störungsbilder bei Menschen mit geistiger Behinderung“ haben sollte. Hinzu kommen Kenntnisse im Hinblick auf kontextabhängige Verhaltensauffälligkeiten (ebd.). Nach Seidel (2008, S. 142) sollten die Abhängigkeitserfahrungen von Menschen mit IM „als besondere Herausforderung im Hinblick auf eine respektvolle, empathische und verlässliche Gestaltung des psychotherapeutischen Prozesses“ für den Therapeuten gesehen werden. Ein weiteres Aufgabenfeld ist es, „mit möglichen Zielkonflikten der Beteiligten ethisch angemessen und therapeutisch sinnvoll umgehen“ zu können (Werther & Henniscke, 2008, S. 120). Nach Dahlhaus (2013, S. 3) ist zudem „ein differenziertes entwicklungspsychologisches Fachwissen“ vonnöten. Werther (2005, S. 121f.) benennt verschiedene Haltungen und Qualifikationen, die auf der Seite des Psychotherapeuten bei der Arbeit mit geistig Behinderten hilfreich sind. Ergänzend können hier noch die Fähigkeit des Therapeuten, ressourcenorientiert zu arbeiten, aktives Therapeutenverhalten und die Bereitschaft, nicht nur den Therapeutenstuhl, sondern auch das Therapiezimmer zu verlassen und die Betonung des Beziehungsaspekts, angeführt werden.

Durch diese fachlichen Voraussetzungen und notwendigen Kompetenzen ist „Psychotherapie mit Menschen mit diesen Einschränkungen [...] daher vor allem eine Herausforderung für den Therapeuten“ (Werther & Henniscke, 2008, S. 120). Pörtner (2003, S. 113) spricht von einer unschätzbaren Horizonterweiterung und Badelt (2004, S. 20) ist der Meinung, dass sich das Verständnis für vielfältige Prozesse und Ausdrucksweisen erweitert habe. Die Arbeit mit Menschen mit IM hat sie persönlich „gelassener gemacht und insgesamt ihr Leben sehr bereichert“ (ebd.)

III Empirischer Teil

Im empirischen Teil wird in einem ersten Schritt der Forschungsstand zu diesem Thema dargelegt. Anschließend werden das Ziel der Forschung sowie die Forschungsfragen erläutert. In einem weiteren Kapitel wird das Forschungsdesign aufgezeigt, bevor in einem letzten Abschnitt die Forschungsergebnisse präsentiert werden.

6 aktueller Forschungsstand

In Kapitel 6 wird zunächst der aktuelle Forschungsstand zur psychotherapeutischen Versorgungslage in Deutschland für die Allgemeinbevölkerung und anschließend bezogen auf Menschen mit IM und psychischen Störungen dargestellt. Danach werden Forschungen aus dem internationalen Raum vorgestellt.

Die Suche nach geeigneter Literatur und relevanten Forschungsergebnissen erfolgte unter anderem über Fachliteratur, Veröffentlichungen (auch über das Schneeballsystem) und über Datenbanken, wie beispielsweise PubPsych, PSYINDEX und den Freiburger Katalog. Weiterhin wurden Onlinebibliotheken, welche relevante Zeitschriften archivieren, und Homepages der verschiedenen Psychotherapeutenkammern im Hinblick auf Forschungsergebnisse durchsucht. Beispiele hierfür sind unter anderem das Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities oder die Homepage der Bundespsychotherapeutenkammer.

Verwendete deutsch- und englischsprachige Suchbegriffe waren unter anderem geistige Behinderung, Intelligenzminderung, intellectual disability, mentally disabled, mentally handicapped, mild/moderate intellectual disability, psychische Störung, psychische Erkrankung, mental disorder, mental illness, mental health-problem, Psychotherapie, psychotherapy, Versorgungslage, Versorgungssituation und weitere Begriffe sowie deren unterschiedlichen Kombinationsmöglichkeiten.

6.1 psychotherapeutische Versorgungssituation in Deutschland

Aus einem Artikel von Jacobi & Kessler-Scheil (2013, S. 200) geht hervor, dass in Deutschland lediglich 40% der Menschen mit einer psychischen Störung eine minimale professionelle Intervention erhalten. Der Anteil derer, denen eine angemessene Behandlung zukommt, sei deutlich geringer (Jacobi & Kessler-Scheil, 2013, S. 201). Nübling, Jescke u. a. (2014, S. 5) sind der Meinung, dass lediglich 25% der Betroffenen eine entsprechende Behandlung erhalten. Aus einer Studie von Gaebel, Kowitz, Fritzke & Zielasek (2013, S. 801) wird deutlich, dass 2,5% der Betroffenen psychotherapeutisch versorgt werden, die

allermeisten Patienten (ca. 40%) aber bei ihrem Hausarzt oder einem Facharzt für somatische Medizin in Behandlung sind. In den meisten Fällen wird ausschließlich eine medikamentöse Behandlung ohne zeitgleiche PT angewendet, jeder fünfte Erkrankte erhält gar keine Behandlung (Jacobi & Kessler-Scheil, 2013, S. 200).

Die Wartezeiten auf ein Erstgespräch variieren je nach Art der Praxis und nach Versicherung des Klienten zwischen zwei und 12 Wochen (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer, 2011; Nübling u. a., 2014, 2014; Walendzik u. a., 2010). Die Bundespsychotherapeutenkammer (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011, S. 4ff.) spricht sogar von einer Wartezeit, welche sich je nach Bundesland und Region noch einmal unterscheidet, von drei Monaten oder länger. In Großstädten warten Patienten zwei bis drei Monate, in ländlichen Regionen allerdings rund vier Monate. Die Bundespsychotherapeutenkammer (2011, S. 5) spricht bei ländlichen Regionen von so langen Wartelisten, dass Patienten aufgeben und ihre Anfrage zurücknehmen. Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz betragen nach Studien von Nübling, Jeschke u. a. (2014, S. 37) und der Bundespsychotherapeutenkammer, (2011, S. 7) etwa 15,5 Wochen; bei einem Therapieplatz bei KV-PT liegen sie, in Abhängigkeit vom Verfahren, durchschnittlich zwischen 15 und 19 Wochen. Bei freien Praxen betragen die Wartezeiten je nach Verfahren durchschnittlich zwischen vier und acht Wochen (Nübling, Jeschke u. a., 2014, S. 38). Damit besteht ein deutlicher Unterschied zwischen den Wartezeiten auf Therapieplätze, in freien Praxen sind diese um mehr als die Hälfte kürzer als bei KV-zugelassenen Praxen (Nübling, Jeschke u. a., 2014, S. 49).

Den Studien zufolge sind die genannten Forschungsergebnisse ein Hinweis auf eine allgemeine Unterversorgung ambulanter psychotherapeutischer Behandlung (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer, 2011; Nübling u. a., 2014; Walendzik u. a., 2010).

Es werden sowohl die psychotherapeutische Versorgungssituation als auch die Forschung zu eben jenem Thema als verbesserungsbedürftig angesehen. Schulz u. a. (2008, S. 36) sprechen von verbesserungs- und abstimmungsbedürftigen Strukturen im Bereich der allgemeinen psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen bestehe ein deutliches Defizit an empirischen Ergebnissen der Versorgungsforschung. „Trotz einiger Fortschritte in der Versorgungsepidemiologie sind wichtige Fragen des Bedarfs, der Inanspruchnahme und des Zugangs zu psychotherapeutischen Leistungen weiterhin ungeklärt.“ (ebd.)

Jacobi & Kessler-Scheil (2013, S. 200) erwähnen ein im internationalen Vergleich gut ausgebautes psychotherapeutisches System in Deutschland, betonen aber dennoch die Unterversorgung. Sie geben für den Teil betroffener Menschen, die aufgrund einer psychischen Störung jemals eine, wenn auch nur geringfügige, professionelle Intervention erhalten, einen Prozentsatz von etwa 40% an. Ein noch deutlich kleinerer Teil erhalte eine

angemessene Behandlung (Jacobi & Kessler-Scheil, 2013, S. 200). Am häufigsten werde die medikamentöse Behandlung ohne PT vorgezogen. 20% aller Menschen mit psychischer Erkrankung, die sich Hilfe suchen, erhalten trotz Aufsuchen einer Einrichtung überhaupt keine Behandlung.

Nübling, Jeschke u. a. (2014, S. 6), welche im Rahmen einer Studie die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland in fünf Bundesländern untersuchten, sprechen von einem Versorgungsgrad psychisch kranker Menschen von nur etwa acht Prozent, was einer jährlichen Behandlung von rund 1,1 Mio. Menschen entspricht. Davon werden rund 600.000 Menschen ambulant und 500.000 Menschen stationär behandelt.

In einer weiteren Studie schätzen Nübling, Bär u. a. (2014, S. 389) die psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Menschen bei einer Inanspruchnahme fachspezifischer Leistungen auf rund 25 bis 30% (Nübling, Bär u. a., 2014, S. 389). Im engeren Sinne werden rund 10 bis 15% psychotherapeutisch behandelt. Ein großer Anteil der psychotherapeutischen Versorgung erfolgt nach Nübling u. a. mit 0,8 Mio. Patienten jährlich in psychiatrischen Krankenhäusern, mit 1,6 Mio. Patienten jährlich in ambulanter vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung und mit rund 570.000 bis 1 Mio. Patienten in ambulanter PT (ebd.).

Für erwachsene Menschen ohne Intelligenzminderung in Deutschland ist gemäß den eben erwähnten Studien sowohl eine generelle als auch eine ambulante psychotherapeutische Unterversorgung festzuhalten.

6.2 psychotherapeutische Versorgungssituation von Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland

Nach Sappok u. a. (2010, S. 827) wurde in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts mehr und mehr die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren bei Menschen mit IM untersucht. Erste deutsche Studien zur Erfassung der psychotherapeutischen Versorgungssituation von Menschen mit IM wurden Ende der 1990er Jahre von Sander und Endermann und Anfang des neuen Jahrtausends von Hesse durchgeführt (vgl. Stahl, 2003).

Mehrere Autoren sprechen einstimmig von einer deutlichen Unterversorgung im Rahmen psychotherapeutischer Behandlung erwachsener Menschen mit IM (vgl. Haberl, 2015; Henricke, 2013; Seidel, 2002; Voß u. a., 2008; Werther & Henricke, 2008). Seidel bezeichnet die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungslage in Deutschland als mangelhaft und spricht von einem „eklatanten Widerspruch zum quantitativen und qualitativen Bedarf“ (Seidel, 2002, S. 484). Auch Voß u. a. (2008, S. 132) sowie Werther & Henricke (2008, S. 117) benennen eine weitgehende Unterversorgung oder ein erhebliches Defizit in der psychotherapeutischen Behandlung mit entsprechenden Methoden. Rotthaus

& Wilms (2012, S. 637) betonen eine völlig unzureichende psychotherapeutische Versorgung. Haberl (2015, S. 54) spricht von einem Schattendasein der PT für Menschen mit IM in Theorie und Praxis.

Berger stellt fest, dass sich zwar die psychotherapeutische Arbeit in den letzten Jahren verändert hat, das Angebot an PT für Menschen mit IM aber aufgrund des Mangels an Therapeuten und nicht ausreichender Finanzierungsmöglichkeiten nicht bedarfsdeckend ist (Berger, 2006, o.S.). Der Arbeitskreis PT für Menschen mit geistiger Behinderung der LPK Ba-Wü ergänzt, dass es für Menschen mit IM und psychischer Erkrankung besonders schwer sei, einen ambulanten Therapieplatz zu finden (2014, S. 3). Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN, 2009, S. 2) führt ergänzend hierzu die Einschätzung von Betroffenen, deren Angehörigen und professionellen Begleitern sowie von Trägern und Fachverbänden der Behindertenhilfe an. Die psychotherapeutische Versorgung decke den differenzierten Bedarf an Diagnostik und Behandlung nicht. Außerdem bestünden erhebliche regionale Unterschiede und ein deutliches Gefälle zwischen den alten und den neuen Bundesländern.

Rotthaus & Wilms (2012, S. 637) sowie Werther & Hennicke (2008, S. 122) sprechen von einer besseren Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit IM gegenüber Erwachsenen.

Kufner (2015, S. 18) merkt an, dass in Deutschland keine Studie zur Versorgungslage von intelligenzgeminderten Erwachsenen mit einer psychischen Störung existiert. Einzelne Studien erwähnen im Rahmen allgemeiner psychotherapeutischer Versorgungsforschung Ergebnisse für Menschen mit IM. Es ist allerdings von einem deutlich erhöhten Forschungsbedarf im Bereich der PT für Menschen mit IM und psychischer Erkrankung auszugehen.

Verschiedene Institutionen versuchen, über Forschungen, die auf ein bestimmtes Gebiet der Bundesrepublik begrenzt sind, die Versorgungslage aufzudecken. Auf einige der Forschungen und ihre Ergebnisse wird, mit Bezug zur eigenen Forschungsarbeit, in den nachfolgenden Kapiteln näher eingegangen.

6.3 Studien zur Versorgungssituation von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in Deutschland

Im nachfolgenden Kapitel werden einzelne, für diese Forschungsarbeit relevante Studien aus Deutschland vorgestellt. Da, wie bereits erwähnt, keine Studie zur aktuellen ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation erwachsener Menschen mit psychischen Störungen vorliegt, werden Studien erläutert, in deren Ergebnissen teilweise relevante Aussagen getroffen werden, die Rückschlüsse über die Versorgungslage erwachsener Menschen mit IM zulassen.

6.3.1 Psychotherapieforschung für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung

In der Studie von Hennicke (2008b, S. 127), welche die Versorgung von Menschen mit IM und psychischen Störungen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. PT in Deutschland zum Thema hatte, kann die angenommene defizitäre Versorgungssituation geistig behinderter Kinder und Jugendlicher mit psychischen Auffälligkeiten bestätigt werden.

Aufgrund fehlender Forschungen über Anzahl, Dichte und Versorgungslage mit ambulanter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für Kinder mit IM wurde 2013 eine baden-württembergweite Studie von Metaxas, Wunsch, Simon und Nübling durchgeführt (Metaxas, Wunsch, Simon & Nübling, 2014, S. 124). Fragestellungen waren die aktuelle Versorgungsrealität für Kinder und Jugendliche mit IM in Ba-Wü, die in der Behandlung vertretenen PT-Richtungen und die Ursachen für möglicherweise zu wenig PT-Angebote und -plätze. Weiterhin sollten die organisatorischen, strukturellen und inhaltlichen Schwierigkeiten in der Beantragung und Gewährung sowie die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungssituation erforscht werden. Als Forschungsinstrumente wurden ein teilstandardisierter Fragebogen mit dichotomen Frageformaten, Multiple-Choice-Antwortvorgaben und fünfstufigen Likert-skalierten Items an die Kammermitglieder mit einer Ausbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie in Ba-Wü versendet (ebd.). 345 Personen beantworteten den Fragebogen (Metaxas u. a., 2014, S. 125).

Rund 87% (n=297) hielten PT bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung für durchführbar. Die überwiegende Zahl der Therapeuten (44%) fühlte sich kompetent in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit IM. Zwölf Prozent fühlten sich sehr kompetent, 38% fühlten sich wenig kompetent und 5% gar nicht kompetent (Metaxas u. a., 2014, S. 125). Knapp zwei Drittel der Therapeuten behandelte Kinder mit IM. 35,4% der befragten Personen therapierten ein Kind, 24,7% zwei Kinder pro Monat (ebd.). Sehr häufig wurden Kinder mit einer sog. Lernbehinderung oder leichten Form der

Intelligenzminderung behandelt. Die Mehrzahl der Therapeuten (90,5%), die Kinder mit IM behandeln, therapierten selten oder nie Kinder mit mittelgradiger IM und fast alle Therapeuten (97,8%) gaben an, selten oder nie mit Kindern mit schweren oder schwersten Formen von Intelligenzminderung zu arbeiten (Metaxas u. a., 2014, S. 126). Behandelte Störungsbilder waren überwiegend Störungen des Sozialverhalten (91,5%), ADHS (81,7%), Angststörungen (79,5%), Verhaltensstörungen (67,3%), Posttraumatische Belastungsstörungen (62,7%), Depressionen (62,7%), Zwangsstörungen (50,6%), Essstörungen (26,4%) und Psychosen (7,6%) (ebd.). Mehr als die Hälfte (55,3%) der befragten Therapeuten schätzte die psychotherapeutische Versorgungssituation als mangelhaft ein. 1,3% hielten die aktuelle Situation für gut und rund 8,9% für befriedigend. Knapp 20% empfanden sie als ausreichend und 14,6% als ungenügend (ebd.).

In der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit IM wurden von den Befragten tiefenpsychologisch und analytisch orientierte Therapieverfahren (62% und 65%) häufiger angewandt als Verhaltenstherapie (56,3%) (Metaxas u. a., 2014, S. 126).

Die Hälfte der befragten Psychotherapeuten sahen die Schwierigkeiten im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung in der mangelnden Möglichkeit, mit dem Unterstützersystem zu arbeiten. Weiterhin erschwerte die mangelnde Introspektionsfähigkeit die Arbeit. Knapp über ein Drittel sah zu kognitive Therapiemethoden als Erschwernis in der Therapie. Ein weiteres Drittel der befragten Personen schätzte eingeschränkte Kommunikationsfähigkeiten als Hürde ein (Metaxas u. a., 2014, S. 126).

Psychotherapeuten, die keine Kinder mit IM behandelten, gaben als Gründe keine Anfragen (82%), fehlende Ausbildungsinhalte und Methoden (25%) sowie zu wenig Wissen über Intelligenzminderung (21%) an (Metaxas u. a., 2014, S. 127).

Als Gründe für mögliche Versorgungslücken schätzten 80% der befragten Personen, dass insgesamt zu wenig Psychotherapeuten Kinder mit IM behandeln, 43% sahen weniger oder nicht geeignete Therapieformen als Ursache. 38% sahen eine bislang mangelnde Thematisierung durch die Therapeutenkammern und 32% die Finanzierungsmöglichkeiten als mögliche Gründe an (Metaxas u. a., 2014, S. 127). Als Verbesserungsmöglichkeiten wurde von 78% der Psychotherapeuten die Thematisierung bereits in der Ausbildung, von 75% mehr Fortbildungsmöglichkeiten zu diesem Thema, von 62% eine bessere Zusammenarbeit mit der Behindertenhilfe und von der Hälfte der Befragten eine Thematisierung durch die Kammern gesehen (ebd.).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass mehr als die Hälfte der befragten Personen Kinder mit IM behandelt oder behandelt hat. Kinder mit schweren Formen der Intelligenzminderung wurden sehr selten behandelt. Es kann von einer grundsätzlichen Bereitschaft zur Behandlung der Klientel ausgegangen werden, wobei eine Thematisierung durch die Kammern von vielen Therapeuten als hilfreich angesehen wurde. Die Autoren

gingen davon aus, dass aufgrund der allgemeinen mangelnden psychotherapeutischen Versorgung Kinder und Jugendliche nur sehr selten erfolgreich in ambulante PT vermittelt werden können (Metaxas u. a., 2014, S. 128).

Aufgrund dieser Ergebnisse und der bereits erwähnten Annahme von Rotthaus & Wilms (2012) sowie von Werther & Hennicke (2008) kann von einer noch deutlich schlechteren Versorgungssituation für Erwachsene Menschen mit IM in Deutschland ausgegangen werden.

6.3.2 gesundheitliche Versorgung erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung im Stadtgebiet Stuttgart

In einer Studie, welche 2014 zur Erfassung der gesundheitlichen Versorgung erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung in Stuttgart durchgeführt wurde, wurden über 600 Menschen befragt. Dies waren unter anderem Menschen mit IM, Angehörige, gesetzliche Betreuer sowie Menschen, die beruflich in der Behindertenhilfe und im Gesundheitswesen tätig sind (Schäfer-Walkmann u. a., 2015, S. 9). Von den befragten Personen waren knapp 37% Ärzte und Psychotherapeuten (Schäfer-Walkmann u. a., 2015, S. 55). Die Daten wurden qualitativ anhand von explorativen Interviews, leitfadengestützten Experteninterviews, Gruppendiskussionen sowie quantitativ mittels (Online)Befragung, schriftlicher Befragung von Medizинern, pädagogischen, pflegerischen und therapeutischen Berufsgruppen sowie Angehörigen und Menschen mit IM erhoben (Schäfer-Walkmann u. a., 2015, S. 23ff.).

Von den befragten 214 Medizинern und Psychotherapeuten hatte über die Hälfte im beruflichen Kontext selten oder nie Kontakt zu erwachsenen Menschen mit IM; jeweils ein Fünftel kam monatlich bzw. wöchentlich mit ihnen in Kontakt. Nur knapp acht Prozent hatten täglich und sieben Prozent nie beruflichen Kontakt (Schäfer-Walkmann u. a., 2015, S. 57). Rund 17% gaben an, keine Patienten mit IM zu versorgen (ebd.).

99,4% der befragten Ärzte und Psychotherapeuten erachteten die Einbeziehung der Begleitpersonen in die gesundheitliche Versorgung als wichtig und 98,8% sprachen von einer notwendigen Begleitung der Menschen mit IM zur gesundheitlichen Versorgung durch vertraute Personen (Schäfer-Walkmann u. a., 2015, S. 61). Fast alle befragten Personen (98,7%) sahen den Erfolg der medizinischen Behandlung in besonderem Maße abhängig von der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen (ebd.). Knapp 73% der befragten Personen waren der Meinung, dass Menschen mit IM im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung oft entmündigt werden (Schäfer-Walkmann u. a., 2015, S. 62).

97,8% der Ärzte und Psychotherapeuten sah einen prozentualen Mehraufwand von etwa 83% bei der Behandlung von Menschen mit IM. Der Mehraufwand für die Behandlung wurde auf rund 29%, für Diagnostik und Clearing auf rund 35%, für Dokumentation auf 14%

und für sonstige Behandlungskomponenten auf 22% geschätzt (Schäfer-Walkmann u. a., 2015, S. 63). Rund 83% sprachen von nicht ausreichenden zeitlichen Ressourcen und rund 97% sagten, dass die Budgetierung den Mehraufwand nicht widerspiegeln (ebd.). Als weitere Barriere wurden von rund 57% die Wartezeiten auf einen Termin erlebt. Sprachliche Barrieren sowie Vorurteile und Stigmatisierungen waren für über 80% der Befragten zusätzliche Erschwernisse (Schäfer-Walkmann u. a., 2015, S. 65).

Als Schnittstellen der Ärzte und Psychotherapeuten wurden mit rund 83% Angehörige und gesetzliche Betreuer, mit 60% pflegerisches Personal, mit rund 54% pädagogisches Personal, mit 40% niedergelassene Ärzte und mit 38% Klinikärzte genannt. Weitere 30% machten in Heilberufen Tätige und 17% Psychotherapeuten aus (Schäfer-Walkmann u. a., 2015, S. 67).

Die sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Behandlungslandschaft war nach Einschätzung von 77% der befragten Ärzte und Psychotherapeuten unzureichend (Schäfer-Walkmann u. a., 2015, S. 68).

Ein zentrales Ergebnis der Studie war, dass Strukturen und Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung selbst einer Großstadt wie Stuttgart nur ansatzweise auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit IM vorbereitet seien; es mangle an Angeboten; Verständigungsprobleme und Vorurteile würden eine gute Versorgung behindern. Es bestehen große Versorgungslücken in der sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungslandschaft. So berichteten beispielsweise Angehörige von fehlenden psychotherapeutischen Angeboten (Schäfer-Walkmann u. a., 2015, S. 90). Psychotherapeutische Angebote sind für Menschen mit IM kaum zugänglich (Schäfer-Walkmann u. a., 2015, S. 52). Therapeuten, die eine gute Versorgung leisten, besitzen nicht nur fachspezifisches Wissen, sondern auch die Bereitschaft, sich auf die Klientel einzulassen (ebd.). Als Barrieren, die den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen erschweren, wurden ein Mangel an qualifizierten Versorgern, eine zu geringe Ausstattung mit finanziellen Ressourcen und eine Überlastung der Versorger eruiert (Schäfer-Walkmann u. a., 2015, S. 53).

6.3.3 Teilergebnisse zur psychotherapeutischen Versorgungssituation für Menschen mit Intelligenzminderung aus anderen Forschungsergebnissen

Im folgenden Kapitel werden Forschungsarbeiten erläutert, die das eingegrenzte Themengebiet der vorliegenden Forschungsarbeit inhaltlich und methodisch berühren. Es werden für diese Forschung relevante Ergebnisse dargestellt.

Dederich u. a. führten im Jahr 1999 eine empirische Studie zum Bedarf psychotherapeutischer Angebote in der Region Köln durch. Dazu wurde ein Fragebogen an alle Wohnstätten für erwachsene Menschen mit IM in der Region Köln, wozu Köln,

Leverkusen, der rheinisch bergische Kreis sowie der Erftkreis zählen, verschickt (Dederich u. a., 1999, S. 479f.). In die Ergebnisse wurden Menschen mit IM und auffälligem Verhalten einbezogen. Forschungsergebnissen zufolge nahmen lediglich 7,5% der 312 Menschen mit aggressivem oder selbstverletzendem Verhaltensweisen aufgrund dieser Verhaltensweisen psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch (Dederich u. a., 1999, S. 483). Gewünscht wurde dies von den Betreuern für 41,3% der Bewohner mit aggressivem oder selbstverletzendem Verhalten (ebd.). Weiter wurden Gründe für den Ausschluss psychotherapeutischer Hilfen erhoben. 31,1% der befragten Personen empfanden die Hilfe für den entsprechenden Bewohner als nicht notwendig, rund 19% hatten sich damit nicht auseinandergesetzt. Weitere Einschränkungen waren das fehlende Wissen über die Möglichkeit psychotherapeutischer Hilfen oder die Ablehnung der PT durch den Bewohner (Dederich u. a., 1999, S. 484). Das Finden eines geeigneten Therapeuten, das Scheitern psychotherapeutischer Hilfe oder die Vorstellung der Mitarbeiter, dass PT bei Menschen mit IM nicht durchführbar ist, waren weitere Gründe (ebd.).

Walenzik u. a. führten im Jahr 2010 eine Studie durch, bei der die ambulante psychotherapeutische Versorgungsrealität durch Mitglieder der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (abgekürzt DPtV) in Deutschland mittels Fragebogen erfasst wurde. Angeschrieben wurden alle regulären Mitglieder der DPtV, also PP und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Walenzik u. a., 2010, S. 6). Mit der Studie wurden Hinweise darauf gefunden, dass es Versorgungsunterschiede zwischen verschiedenen Patientengruppen gibt. Alte Menschen und Menschen mit niedriger Schulbildung, wozu auch Menschen mit IM zählen, erhielten deutlich weniger PT. Menschen mit Abitur oder einem Hochschulabschluss waren unter den angegebenen Patienten dieser Studie überrepräsentiert, während Menschen mit einem Hauptschulabschluss unterrepräsentiert waren (Walenzik u. a., 2010, S. 119). Die Ergebnisse dieser Studie lassen vermuten, dass Menschen mit IM deutlich weniger als Menschen ohne IM und mit hohem Bildungsabschluss ambulant psychotherapeutisch versorgt werden.

Auch eine Studie von Nübling u. a. (2012) befasste sich mit der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Man befragte dazu postalisch und mittels Internet und E-Mail 2328 PP und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus Hamburg, Rheinland-Pfalz, Berlin, Ba-Wü und Hessen (Nübling, Jeschke u. a., 2014, S. 9ff.). Ziel war es, auf Grundlage von Therapeutenangaben umfangreiche und flächendeckende Daten zur aktuellen ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu gewinnen. Ein Aspekt der Forschung war die Erfassung besonderer behandelter Patientengruppen. Den Ergebnissen zufolge behandelten 16% der befragten Psychotherapeuten Menschen mit IM (Nübling, Jeschke u. a., 2014, S. 30). Dabei zeigte sich weiterhin, dass Praxen mit Kassenzulassung mit rund 17% mehr Menschen mit IM behandelten als freie Praxen mit rund 11%, ähnliches

gilt für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (35%) gegenüber Erwachsenenpsychotherapeuten (12%; ebd.).

Eine Studie von Schützwahl, Koch, Koslowski, Puschner, Voß, Salize, Pfennig und Vogel (2016) befasste sich mit psychischen Störungen, Problemverhalten bei erwachsenen Menschen mit einer leichten oder mittelgradigen Form der IM sowie mit der Nutzung des Gesundheitssystems. Ziel war unter anderem die Erfassung der Inanspruchnahme von Gesundheitssystemen sowie der Medikation mit Psychopharmaka. Anhand einer epidemiologischen, multizentrischen Querschnittsstudie wurde mittels mehrerer etablierter Instrumente eine randomisierte, repräsentative Clusterstichprobe aus 371 rekrutierten Teilnehmern im Alter von 18 bis 65 Jahren aus der Region Dresden, der Metropolregion Rhein-Neckar sowie der Region Bayrisch-Schwaben untersucht. Ergebnis der Studie war, dass die gängigste Behandlung der psychischen Störungen bei erwachsenen Menschen mit IM mit Psychopharmaka erfolgte. Bei der Behandlung von psychischen Störungen wurde überwiegend ein Psychiater kontaktiert; nur eine deutlich geringere Anzahl der Teilnehmer hatte Kontakt zu einem Psychotherapeuten. Die Autoren interpretierten anhand der Ergebnisse, dass erwachsene Menschen mit IM häufiger Kontakt zu Psychiatern und weniger Kontakte zu Psychotherapeuten zu haben schienen als Menschen ohne IM (Schützwahl u. a., 2016). Sie fassten zusammen, dass ein systematisches Defizit im Umgang mit psychischen Störungen bei Menschen mit IM bestand.

6.4 internationale Forschungsergebnisse

In internationalen Studien, die während der Literaturrecherche für die vorliegende Forschungsarbeit gefunden wurden, beschäftigt man sich seit einigen Jahren mit Adaptionen bekannter PT-Methoden und -techniken, damit sie in der Behandlung von erwachsenen Menschen mit IM und psychischen Erkrankungen genutzt werden können (vgl. Capri, 2014; Kirkland, 2005; Lewis & Langer, 1994; Taylor & Morrissey, 2012).

Weiterhin sind etliche Wirksamkeitsstudien und Metastudien (vgl. Beail & Williams, 2014; Nicoll, Beail & Saxon, 2013; Whitehouse, Tudway, Look & Stenfert Kroese, 2006) in der englischsprachigen Literatur zu finden.

So befassten sich beispielweise Beail, Warden, Morsley & Newman (2005) mit den Effekten im Rahmen einer psychodynamischen PT im Klinikalltag (Beail u. a., 2005, S. 245). Idusohan-Moizer, Sawicka, Dendle & Albany (2015) evaluierten eine Therapieform für Menschen mit IM (Idusohan-Moizer u. a., 2015, S. 100f.). Smith (2005) beschäftigte sich in einer Studie mit dem Nutzen der lösungsorientierten Kurzzeitzeittherapie für Menschen mit

IM. Er erwähnt, dass es in England bisher wenig veröffentlichte Studien zum Einsatz dieser Therapieform bei Menschen mit IM gibt und führt ein Fallbeispiel an.

Aufgrund der vorliegenden genannten nationalen und internationalen Forschungsarbeiten kann vermutet werden, dass eine flächendeckende und landesweite Untersuchung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation speziell für erwachsene Menschen mit IM bisher nicht durchgeführt wurde.

Bis zu diesem Zeitpunkt wurde, wie bereits in vorangegangenen Kapiteln benannt, die psychotherapeutische Versorgung von erwachsenen Menschen mit IM nur als Teilaspekt einer Forschung in allgemeinen Versorgungsstudien erfasst. Auch Forschungen, die flächendeckend die allgemeine, ambulante psychotherapeutische Versorgung eruieren, sind für die Bundesrepublik Deutschland aufgrund methodischer und logistischer Schwierigkeiten nur eingeschränkt möglich.

Wie bereits erwähnt, zeigten Studien für die stationäre und ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen bereits einen deutlichen Mehrbedarf an Angeboten. Von mehreren Autoren wird von einer besseren Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche mit IM ausgegangen. Das bedeutet, dass die Versorgungslage für erwachsene Menschen mit IM deutlich schlechter ausfallen dürfte. Auch in Studien zur Versorgungssituation der Allgemeinbevölkerung wird von einer Unterversorgung gesprochen. Für Menschen mit IM dürfte es aufgrund genannter Barrieren noch schwieriger sein, einen ambulanten Psychotherapieplatz zu finden.

7 Ziel der Forschung und Forschungsfragen

Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse und fehlenden Forschungsarbeiten in den genannten Bereichen verfolgt die nachfolgende Forschungsarbeit das Ziel, in einem Bundesland der Bundesrepublik Deutschland die Versorgungssituation ambulanter Psychotherapie für erwachsene Menschen mit IM zu erfassen.

Deshalb werden für die nachfolgende Arbeit folgende Forschungsfragen abgeleitet:

Wie gestaltet sich die aktuelle psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen im Bundesland Baden-Württemberg?

- Gibt es Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer psychotherapeutischer Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung?
- Welche Gründe gibt es für eine psychotherapeutische Nicht-Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg?
- Welche psychischen Störungen erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung werden von Psychologischen Psychotherapeuten in Baden-Württemberg behandelt?
- Wie werden Psychologische Psychotherapeuten auf die Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen vorbereitet?
- Welche Verbesserungspotenziale gibt es im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg? (Verbesserung der Versorgung)

8 Forschungsdesign

Im folgenden Kapitel wird die Forschungsmethode der vorliegenden Forschungsarbeit erläutert und begründet. Weiterhin werden der Zeitplan und der Ablauf des Forschungsprozesses, die Auswahl der zu befragenden Personen und die Erhebungsmethode dargestellt. In einem nachfolgenden Kapitel wird ersichtlich, wie bei der Datenauswertung und -analyse vorgegangen wurde, bevor in einem letzten Unterkapitel die Ergebnisse dargestellt werden.

8.1 Auswahl und Begründung der Forschungsmethode

In der vorliegenden Forschungsarbeit wird das deskriptive Survey-Modell bzw. die Querschnittserhebung nicht experimenteller Daten als Design zur Erhebung und Analyse empirischer Daten genutzt. Es ist die allgemeinste und methodisch umfassendste Untersuchungsanordnung, um einen interessanten sozialen Sachverhalt zu einem Zeitpunkt zu beschreiben und zu analysieren (Kromrey, 2007, S. 107f.). Ziel der Studie ist eine Vollerhebung. Da es sich um ein noch unbekanntes Forschungsfeld handelt, wird dieses explorativ durch eine breit angelegte Deskription erkundet. Dabei ist zu beachten, dass sich der Geltungsbereich der Forschung nur auf die untersuchten bzw. erfragten Fälle erstreckt; eine Generalisierung, d.h. eine deutschlandweite Übertragung auf alle Psychotherapeuten, kann nicht vorgenommen werden (Kromrey, 2007, S. 108). Die Forschung ist als Querschnittsstudie zu sehen, die zu einem bestimmtem Zeitpunkt der Durchführung der Befragung Einstellungen bzw. einen bestimmten Zustand der befragten Gruppe zu einem gewissen Sachverhalt ermittelt (Flick, 2009, S. 81). Es findet eine quantitative Erhebung der sozialen Daten mittels stark strukturierter, vollstandardisierter und schriftlicher (Online)Befragung im Sinne einer reaktiven Datenerhebungsmethode statt (Micheel, 2010, S. 77ff.).

8.2 Zeitplan und Ablauf der Forschung

Nach Schnell (2012, S. 19) folgt der Ablauf einer standardisierten Erhebung einem bestimmten Vorgehen. Im Juli 2015 wurde über die Katholische Hochschule Freiburg Kontakt mit den Verantwortlichen der LPK Ba-Wü aufgenommen und bezüglich einer weiteren Zusammenarbeit im Hinblick auf eine Forschungsarbeit angefragt. Am 10.12.2015 wurde beim ersten Treffen der Projektgruppe (Dr. Rüdiger Nübling, Dr. Roland Straub, Prof. Dr. Traudel Simon, Amelie Engenhorst, Katharina Kremitzl und später zusätzlich Dr. Alexander Wunsch) das Thema der Arbeit, das Projektziel, die Festlegung der Erhebungsmethode (einschließlich Ressourcenabschätzung) und die Auswahl der späteren Probandengruppe bestimmt. Des Weiteren wurde das Vorgehen bei der Entwicklung des

Fragebogens abgesprochen und eine grobe Zeitplanung festgelegt (vgl. ebd.). Zudem wurde erörtert, wie man das Thema Intelligenzminderung im Hinblick auf eine adäquate Operationalisierung angehen könnte (vgl. 1.1). Der Fragebogen wurde in einem wechselseitigen Rückmeldeprozess innerhalb der Projektgruppe bis zum 19.05.2016 fertig gestellt. Auf diesen Prozess der Fragebogenkonstruktion und -adaption wird in Kapitel 8.4 näher eingegangen.

Am 20.05.2016 wurde der Fragebogen an alle aktiven Mitglieder der LPK Ba-Wü, die Erwachsene behandeln (also alle psychologischen Psychotherapeuten), mit einem angestrebten Rücklauf bis zum 30.06.2016 versendet; insgesamt wurden N=2395 Psychotherapeuten angeschrieben. Zusätzlich zu den versandten E-Mails wurde in den sog. Länderseiten des Psychotherapeutenjournals sowie auch über einen E-Mail Newsletter am 17.06.2016 und am 20.06.2016 zur Teilnahme an der hier vorliegenden Studie motiviert. Trotz der intensiven Werbung konnte der Rücklauf zunächst lediglich auf n=61, was einem prozentualen Anteil von 2,6% entspricht, beziffert werden, so dass eine Nachfassaktion für notwendig erachtet wurde. Am 12.07.2016 wurden nochmals über die LPK Ba-Wü an alle Probanden E-Mails verschickt, mit der dringenden Bitte, den Fragebogen bis 31.07.2016 ausgefüllt zurück zu senden.

Im Zeitraum vom 15.07.2016 bis 23.07.2016 wurden die für die spätere Auswertung notwendige Codierung der einzelnen Fragebogen-Items und entsprechende Antwortmöglichkeiten im Statistik-Programm SPSS Statistics von IBM erstellt.

Die Erhebung mit den dazugehörigen Rückläufen wurde am 24.08.2016 mit einem Rücklauf von n=156, was einer Rücklaufquote von 6,64% entspricht, beendet.

Im Zeitraum vom 01.08.2016 bis 24.08.2016 wurden die Fragebögen gesichtet und die Daten entsprechend der erstellten Codierung in das Statistik-Programm SPSS Statistics von IBM eingegeben.

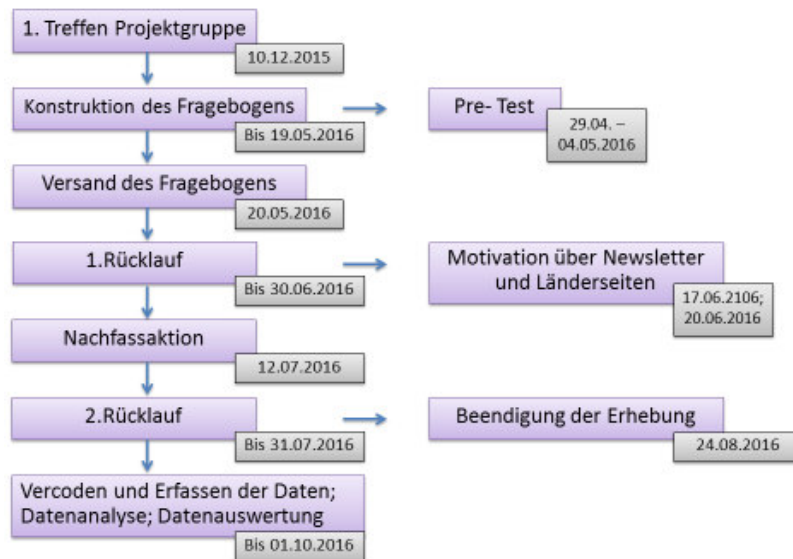


Abb. 3: schematische Darstellung des Forschungsprozesses

8.3 Auswahl der befragten Personen

In der vorliegenden Arbeit wird der Versuch einer Vollerhebung durchgeführt. Es wurden alle Psychotherapeuten der LPK Ba-Wü dazu eingeladen, an der Untersuchung teilzunehmen. Eine Vollerhebung ist bei dem hier vorliegenden Forschungsgegenstand sinnvoll, da auf Grund des aktuellen Forschungsstandes (s. Kapitel 6) davon ausgegangen werden kann, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur wenige Psychotherapeuten in der Behandlung mit Menschen mit IM tätig sind oder dies in der Vergangenheit waren. Um diese Gruppe zu erreichen ist es erforderlich, jedes Mitglied der LPK anzuschreiben. Mit dem Fragebogen werden Psychotherapeuten einzeln als Experten befragt (Bortz & Döring 2016, S. 400). Die Ergebnisse aller befragten Personen geben ein Bild einer bestimmten Gruppe ab; in dieser Forschungsarbeit sind es Psychotherapeuten, die im Bundesland Ba-Wü tätig sind. Alle Psychotherapeuten, die eine E-Mail-Adresse im System der LPK hinterlegt haben, werden persönlich per E-Mail angeschrieben, mit der Bitte, den Fragebogen zu bearbeiten. Die anderen Psychotherapeuten, ohne gemeldete E-Mail-Adresse, werden über die Internetseite der LPK und über die so genannten Länderseiten des Psychotherapeutenjournals, welches Ende Juni 2016 veröffentlicht wurde, eingeladen, den Fragebogen auszufüllen. Der Fragebogen ist auf der Internetseite der LPK Ba-Wü frei zugänglich downloadbar. Daher kann nach Kromrey (2007, S. 281) von einer bewussten Auswahl der Probanden gesprochen werden. Eine Auswahl nach dem Konzentrationsprinzip, also eine Auswahl typischer Fälle, kann nicht durchgeführt werden (Kromrey, 2007, S. 284). Insgesamt wurden 2395 Mitglieder per E-Mail angeschrieben, davon kamen ca. 50 als nicht zustellbar zurück (volles Postfach, neue E-Mail-Adresse noch

nicht bekannt), sodass circa 2350 Mitglieder über E-Mail den Fragebogen erhalten haben. Daher entspricht die Auswahlpopulation $N=2350$ (Döring u. a., 2016).

8.4 Erhebungsmethode

Als Erhebungsmethode dieser Studie wird, wie bereits erwähnt, im Sinne einer schriftlichen Befragung die wissenschaftliche Fragebogenmethode als Standardinstrument empirischer Sozialforschung gewählt. Sie ist als zielgerichtete, systematische und regelgeleitete Generierung und Erfassung von Selbstauskünften der befragten Personen zu sehen, die in schriftlicher Form sowohl ausgewählte Aspekte des Erlebens und Verhaltens als auch Fakten, Wissen, Meinungen, Einstellungen oder Bewertungen der Befragten in schriftlicher Form erfasst (Döring u. a., 2016, S. 398f.; Schnell, Hill, & Esser, 2011, S. 315). Ziel der Fragebogenmethode ist es, nach wissenschaftlichen Kriterien und Abläufen Aussagen über Gruppen treffen zu können; die Antworten des Einzelnen spielen eine untergeordnete Rolle (Döring u. a., 2016, S. 399; Konrad, 2011, S. 52; Schnell, 2012, S. 18).

Als Gründe für den Einsatz eines Fragebogens im Rahmen dieser Studie sind im Vergleich zu anderen Erhebungsmethoden unter anderem die geringeren finanziellen Kosten, ein geringerer zeitlicher Aufwand, ein deutlich reduzierter Personalaufwand, die Möglichkeit zur Befragung geographisch entfernter Personen, die Zusicherung von Anonymität und Diskretion sowie die Möglichkeit, ohne zeitliche Einschränkungen den Fragebogen auszufüllen, zu nennen (vgl. Döring u. a., 2016; Konrad, 2011; Schnell u. a., 2011). Döring u. a. (2016, S. 398) nennen als weitere Indikationen zum Einsatz eines Fragebogens die Effizienzsteigerung durch Selbstadministration und die Erhebung von Aspekten subjektiven Erlebens, das nicht beobachtbar ist.

Form der Befragung und Verbreitungsweg

Aufgrund der finanziellen Ressourcen für diese Studie wird der vollstrukturierte und vollstandardisierte Fragebogen nicht als schriftliche Befragung im Sinne einer Paper-Pencil-Befragung postalisch, sondern per Internet als computergestützte (Online)Befragung in Form einer elektronisch bearbeitbaren PDF-Datei an alle potenziellen Personen versandt (vgl. Döring u. a., 2016; Konrad, 2011). Diese können den Fragebogen direkt am PC oder an ihrem mobilen Endgerät selbst ausfüllen und in digital gesicherter Form zurücksenden. Das Ausdrucken des Fragebogens und die postalische Rücksendung des handschriftlich ausgefüllten Bogens sind ebenfalls möglich (vgl. Döring u. a., 2016; Schnell u. a., 2011). Eine Sicherung der eingegebenen Antworten der befragten Personen im Sinne einer Online-Befragung auf einem Befragungsserver ist aus technischen Gründen bei dieser Studie nicht möglich.

Eine Mischung zweier Erhebungsformen (online und postalisch) ist in dieser Befragung sinnvoll, da die Möglichkeit, den Fragebogen auszudrucken, per Hand auszufüllen und postalisch zurückzusenden mehr Psychotherapeuten motivieren kann, sich auch ohne große technische Kenntnisse an der Studie zu beteiligen.

Inhalt der angestrebten Aussagen

Der Fragebogen ist ein fakten-, meinungs- und einstellungsorientierter Fragebogen, der Informationen über die Gruppe der praktizierenden Psychotherapeuten in Ba-Wü und deren Einstellungen und Meinungen im Hinblick auf die psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit IM erhebt (vgl. Konrad, 2011).

Adaptionen vorhandener Fragebögen & Ablauf der Erstellung des Fragebogens

Bei der Erstellung eines Fragebogens können die Fragen aus Theorien abgeleitet, vorhandene Fragebögen gesichtet und adaptiert oder eigene Erfahrungen und Alltagsbeobachtungen eingebracht werden. Es ist möglich, Voruntersuchungen durchzuführen, Experten zu befragen oder anhand eines Literaturstudiums den Fragebogen zu gestalten (Konrad, 2011, S. 74). In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden bereits vorhandene Fragebögen, die ähnliche Themen zum Inhalt hatten, gesichtet und adaptiert, sowie eigene Erfahrungen und Wissen aus dem Literaturstudium eingebracht.

Die allgemeinen Inhalte des Fragebogens wurden in einem ersten Treffen der Projektgruppe am 10.12.2015 festgelegt. Als Grundlage zur Erstellung dienten die vorhandenen Fragebögen von Metaxas u. a. (2014), der Fragebogen von Nübling u. a. (2014) sowie der Fragebogen von Schäfer-Walkmann u. a. (2015). Die Auswahl der einzelnen Fragen aus den vorhandenen Fragebögen erfolgte in einer Besprechung der Forschungsgruppe bis zum 15.01.2016. Ein erster Entwurf wurde zum 03.02.2016 gestaltet. Dabei wurden Kritikpunkte zum Fragebogen von Metaxas sowie Vorschläge der DGSG, institutionelle Rahmenbedingungen praktizierender Psychotherapeuten, Aspekte der Teilhabe unter Berücksichtigung der ICF sowie das Fachwissen der Projektgruppe berücksichtigt. Nach mehreren Rückmeldeschleifen aller Mitglieder der Forschungsgruppe wurde der Fragebogen bis Mitte Februar 2016 nochmals überarbeitet und eine Definition sowie eine phänomenologische Beschreibung von Intelligenzminderung vorgenommen. Dazu wurden Diagnosekriterien und die phänomenologische Beschreibung anhand von ICD-10 und DSM-5, wie sie bereits in Kapitel 1.1 beschrieben wurden, herangezogen. Im Rahmen eines zweiten Treffens der Forschungsgruppe Anfang April wurde der Fragebogen aufgrund seiner Länge gekürzt. Dies geschah unter anderem in einer Besprechung und mittels Ratings durch jedes einzelne Mitglied der Gruppe. Bis Mitte April 2016 wurde der Fragebogen gekürzt. Anschließend wurde er auf Anregung eines Mitglieds mit einigen Statements ergänzt, welche die positiven Aspekte in der psychotherapeutischen

Behandlung von Menschen mit IM erfassen. Ende April 2016 wurde ein Pre-Test mit mehreren Psychotherapeuten (u. a. des LPK-Arbeitskreises *Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung*) durchgeführt. Anhand der Rückmeldungen wurde der Fragebogen nochmals überarbeitet, bevor er Mitte Mai 2016 (19.05.16) fertiggestellt und versandt wurde.

Der Fragebogen von Metaxas wurde im Hinblick auf die Forschungsfragen überarbeitet. Die Fragen des vorliegenden Fragebogens beziehen sich auf erwachsene Menschen mit IM. Ebenfalls wurden beispielsweise mögliche Arbeitsorte der Psychotherapeuten ergänzt und angepasst. Die bereits erwähnten Kritikpunkte wurden aufgenommen und der Behinderungsbegriff in der Einleitung sowie direkt vor der entsprechenden Frage definiert und anhand von Alltagsbeispielen belegt. Der Fragebogen wurde bezüglich psychischer Störungen mit ICD-10-Codes versehen und um Verhaltensstörungen/Problembereiche ergänzt. Die Fragen bezüglich der angewendeten diagnostischen Verfahren wurden geändert und entsprechend angepasst.

Die Fragen nach Barrieren und Ressourcen sowie Schnittstellen in der Arbeit mit erwachsenen Menschen mit IM aus dem Fragebogen von Schäfer-Walkmann u. a. (2015) wurden entsprechend der Forschungsfrage und der Zielgruppe der Erhebung übernommen und adaptiert.

Aus der Erhebung von Nübling, Jeschke u. a. (2014) zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wurden beispielsweise Fragen zur Arbeitssituation der Psychotherapeuten übernommen.

Frage- und Antwortformulierung

Bei der Erstellung des Fragebogens werden Hinweise zur Frage- und Antwortformulierung unterschiedlicher Autoren (Konrad, 2011, S. 64; Porst, 2008, S. 54; Schnell u. a., 2011, S. 328f.) berücksichtigt. Konrad (Konrad, 2011, S. 64) empfiehlt, keine Fragen mit Vergangenheitsbezug zu stellen, da Erinnerungen schwer abgerufen werden können. Da im Fragebogen Fragen mit Vergangenheitsbezug (z.B. Frage 2.6, 2.7, 8.4 u. a.) vorhanden sind, wird Porsts Empfehlung, Fragen mit einem eindeutigen zeitlichen Bezug einzusetzen, entsprochen und die Frage zeitlich klar eingegrenzt (Porst, 2008, S. 95). Unklare Begriffe, wie beispielsweise Mensch mit IM, wie sie in Frageblock 8 vorkommen, werden in einer Einführung für alle einheitlich definiert (Porst, 2008, S. 96).

Bei der Formulierung von Aussagen bei Einstellungsfragen, wie sie im Fragebogen beispielsweise in Frageblock 4 & 5 vorkommen, werden die Empfehlungen von Schnell (2012, S. 80) berücksichtigt.

Frage- & Antwortformen

Im Fragebogen werden überwiegend geschlossene Fragen mit einer begrenzten oder definierten Anzahl möglicher Antwortkategorien gestellt. Es sind dabei sowohl Einfach- als auch Mehrfachnennungen möglich (Porst, 2008, S. 51). Weiterhin kommen halboffene Fragen, bei denen eine an sich geschlossene Frage um eine zusätzliche Kategorie ergänzt wird, zum Einsatz (Porst, 2008, S. 55). Quasi-geschlossene Fragen, welche anhand geschlossener Fragen, bei denen Zahlen vom Befragten eingetragen werden, Daten, Anzahlen Zeiträume oder ähnliches erfassen, werden ebenfalls im Fragebogen genutzt (Döring u. a., 2016, S. 408).

Es werden Fragen zu demographischen Daten, zu Einstellungen und Meinungen, zu Überzeugungen sowie zum Verhalten der befragten Personen gestellt. Quantifizierungsfragen, mit denen versucht wird, vergangene Ereignisse in Form von exakten oder vagen Häufigkeitsangaben (numerisch und relativ) zu erfassen, ergänzen den Fragebogen (Porst, 2008, S. 115).

Im Rahmen der geschlossenen Fragen stehen dichotome, ungeordnete mehrkategoriale sowie geordnete mehrkategoriale Antwortvorgaben zur Verfügung. Es werden sowohl verbalisierte als auch numerische vierstufige, fünfstufige und sechsstufige Skalen als Antwortvorgaben genutzt. Die Antwortskalen erfassen Häufigkeiten und Bewertungen. Es finden in diesem Fragebogen sowohl Nominal- als auch Ordinal- und Intervallskalen Anwendung.

Die Richtung der Skalen ist bei einigen Fragen, wie von Porst (2008, S. 87ff.) empfohlen, von links nach rechts; d.h. links die negative Formulierung und rechts die positive. Bei der Frage nach der Schulnote für die psychotherapeutische Versorgung sowie der Bereitschaft und der eigenen eingeschätzten Kompetenzen zur Behandlung werden die Skalen gedreht, d.h. sie beginnen links mit dem Positiven und enden rechts mit dem Negativen.

Pre-Test

Der vorläufige Fragebogen muss vor dem Versenden und dem Beginn der eigentlichen Datenerhebung mit Hilfe eines oder mehrerer Pre-Tests empirisch getestet werden (Schnell u. a., 2011, S. 340). Ziel ist es, mögliche Probleme der Befragten beim Beantworten zu erkennen und das Instrument dahin gehend zu verbessern (Döring u. a., 2016, S. 411). Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge stellen die Grundlage für eine Revision des Fragebogens dar (ebd.). Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wird der Fragebogen in mehreren Fragebogenkonferenzen und qualitativen Gruppendiskussionen von der Forschungsgruppe, zu welcher Experten auf diesem Gebiet zählen, immer wieder kritisch betrachtet, diskutiert und verändert. Anschließend wurde er einem qualitativen Pre-

Test unterzogen, bei dem er mehreren einzelnen Personen der zu befragenden Gruppe mit der Bitte zugestellt wird, diesen auszufüllen und kritisch Rückmeldung zu geben. Nach der Berücksichtigung der Anmerkungen aus dem Pre-Test kommt es zu einer erneuten Anpassung. Erst im Anschluss daran wird die endgültige Fassung des Fragebogens an alle Psychotherapeuten versandt.

Fragebogenkonstruktion, Aufbau und Struktur des Fragebogens

Bei der Konstruktion des Fragebogens werden hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung und optischen Darstellung bezüglich Design, Layout und Format Empfehlungen von Schnell u. a. (2011, S. 336ff.) sowie von Döring u. a. (2016, S. 406) berücksichtigt. So wird beispielsweise darauf geachtet, wie die Fragen platziert werden, damit sie nachfolgende Fragegruppen nicht beeinflussen (Schnell u. a., 2011, S. 336) oder es werden Trichterfragen von allgemeinen zu spezifischen Fragen zur Präzisierung des thematischen Bereichs eingesetzt (ebd.). Mehrere Fragen, die gleiche Aspekte des Forschungsthemas erfassen, werden zu einem Themenbereich zusammengefasst und neue Fragekomplexe mit Überleitungen eingeleitet (Schnell u. a., 2011, S. 337). Der Empfehlung von Schnell u. a. (ebd.), am Anfang keine demographischen Daten zu erfragen, kann nicht entsprochen werden, da der erste Teil des Fragebogens von allen angeschriebenen Psychotherapeuten ausgefüllt wird und im nachfolgenden Teil eine Filterfrage zur Differenzierung der befragten Personen Anwendung findet.

Der Fragebogen, welcher inhaltlich und optisch im Rahmen der Projekttreffen und des Pre-Tests immer wieder überarbeitet wurde, besteht abschließend aus insgesamt zehn Frageblöcken mit 59 geschlossenen, halb-offenen und quasi-offenen Fragen, zum Teil mit Unterfragen, bzw. mit Aussagen, die bewertet werden sollen. Am Ende des Fragebogens besteht die Möglichkeit, persönliche Anmerkungen zu ergänzen. Der erste Teil ist ein allgemeiner Teil, den alle Psychotherapeuten ausfüllen. Er besteht aus sechs Frageblöcken.

Frageblock 1 erfasst anhand von sieben Fragen die demographischen Daten. Frageblock 2 erhebt mit 10 Fragen das Tätigkeitsfeld und die Arbeitsbedingungen der befragten Person. Frageblock 3, welcher aus zwei Fragen besteht, fragt nach Wissen und Vorerfahrungen im Hinblick auf Menschen mit IM. Frageblock 4 besteht aus drei Fragen und stellt Meinungs- bzw. Einstellungsfragen zur psychotherapeutischen Behandlung von erwachsenen Menschen mit IM. Frageblock 5 erhebt anhand von 11 Fragen die Meinung der befragten Psychotherapeuten hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlung bei Menschen mit IM. Frage 6 fragt nach einer Bewertung der aktuellen psychotherapeutischen Versorgungssituation anhand einer Schulnote. Frage 7 ist eine sogenannte Filterfrage und wird als letzte Frage von Psychotherapeuten mit und ohne Erfahrung ausgefüllt. Frageblock 8 und 9 wird nur von Psychotherapeuten ausgefüllt, welche bereits erwachsene Menschen

mit IM behandelt haben. In Frageblock 8 wurde anhand von 14 Fragen erfasst, welche Formen der IM wie häufig behandelt wurden, wo die Behandlung stattfand und wie sie finanziert wurde. Weiterhin wird nach Anzahl der Anfragen, nach Anzahl der behandelten Menschen mit IM, nach der Gesamtanzahl durchgeführter Behandlungsstunden, dem geschätzten zeitlichen Mehraufwand und dem Gesamtstundenumfang der letzten drei abgeschlossenen PT bei Menschen mit und ohne Intelligenzminderung gefragt. Schnittstellen sowie angewendete diagnostische Verfahren werden erhoben. Falls keine spezifischen diagnostischen Verfahren angewendet werden, wird nach der Begründung hierfür gefragt. Als letzte Fragen in Frageblock 8 werden die psychischen Störungen und Verhaltensstörungen und deren Anzahl an behandelten Patienten erfasst. Frageblock 9, welcher aus sieben Aussagen besteht, erfasst, inwiefern die positiven Aspekte der therapeutischen Arbeit bei Menschen mit IM von den befragten Psychotherapeuten gesehen werden. Frageblock 10 richtet sich an Psychotherapeuten, die keine Menschen mit IM behandeln. Anhand von drei Fragen werden die Gesamtstundenanzahl der letzten drei abgeschlossenen Therapien, die Gründe für eine Nicht-Behandlung sowie Verbesserungs- oder Motivationspotenzial zur Behandlung abgefragt. Am Ende besteht für alle befragte Personen die Möglichkeit, persönliche Anmerkungen zu notieren.

Psychotherapeuten, die bereits erwachsene Menschen mit IM behandelt haben oder aktuell behandeln, werden 50 Fragen gestellt sowie die Möglichkeit gegeben, persönliche Anmerkungen vorzunehmen. Psychotherapeuten ohne Erfahrung beantworten 31 Fragen und haben am Ende des Fragebogens die Möglichkeit, Anmerkungen zu notieren.

Durch die eben dargestellte Aufteilung des Fragebogens ist eine differenzierte Befragung aller Psychotherapeuten der LPK Ba-Wü möglich.

8.5 Datenanalyse und Datenauswertung

Bevor die Datenanalyse mit dem Statistik-Programm SPSS statistics von IBM (im Folgenden abgekürzt SPSS) durchgeführt werden kann, müssen die Daten aufbereitet werden. Vor der Datenerfassung ist in SPSS festzulegen, wie die Daten codiert werden, d.h. Antwortalternativen zu Zahlenwerten zugeordnet werden. Dabei wird die Information einer Antwort, d.h. in der Regel eine Zahl, in eine Variable abgelegt. Diese Variable muss vorab definiert und ihr muss ein möglichst logischer und kurzer Namen gegeben werden (vgl. Flick, 2009; Micheel, 2010). Die einzelnen Fragen im erstellten Fragebogen werden nummeriert. So erhält beispielsweise die Frage *Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (PP)* die Nummerierung 1.3. Diese Nummerierung wird in die Bezeichnung der Variable integriert, so dass die Frage 1.3 mit der Variable V1_3 bezeichnet wird.

1.3 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (PP) ₁ ja ₂ nein

Abb. 4: Frage 1.3 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut

Nach Micheel (2010, S. 115) muss für Katalogfragen mit Mehrfachantworten für jede Antwort eine Variable definiert werden. So wird beispielsweise bei der Frage 1.7 *Therapieausrichtung* für jede einzelne Antwortmöglichkeit eine eigene Variable V1_7_1 bis V1_7_5 erstellt. Zudem wird "jeder Variablen [...] weiterhin eine Bezeichnung gegeben (ein so gen. Variablenlabel), mit der man auf die Information der Variable, d.h. darauf, welche Frage gestellt wurde, schließen kann" (ebd.). So wird beispielsweise die Variable V1_7_1 mit dem Variablenlabel *Therapieausrichtung - Verhaltenstherapie* bezeichnet.

Des Weiteren müssen für die jeweiligen einzelnen Ausprägungen einer Variable Kodierungen vergeben werden, die sog. Werte- bzw. Valuelabels (Micheel, 2010, S. 116). So wird bei der Variablen V1_7_1 mit der *Beschriftung Therapieausrichtung - Verhaltenstherapie* die Ausprägung *nein* mit dem Code 0 und die Ausprägung *ja* mit dem Code 1 versehen. Eine nicht beantwortete Frage wird mit dem Code -99 als fehlender Wert (missing value) bezeichnet und im Datenanalyseprogramm SPSS auch entsprechend als nicht gültiger Wert hinterlegt.

	Frage aus Fragebogen	Beschriftung	Value Labels
V1_7_1	1.7 Therapieausrichtung	Therapieausrichtung - Verhaltenstherapie	{0, nein}; {1, ja}
V1_7_2		Therapieausrichtung - analytische Therapie	{0, nein}; {1, ja}
V1_7_3		Therapieausrichtung - Tiefenpsychologisch- fundierte Therapie	{0, nein}; {1, ja}
V1_7_4		Therapieausrichtung - Sonstiges	{0, nein}; {1, ja}
V1_7_5		Therapieausrichtung - Sonstiges offen	

Abb. 5: Beispiel Codierung in SPSS

Eine ausführliche Auflistung der einzelnen Variablen, der entsprechenden Variablenlabels, der verschiedenen Valuelabels und der jeweils dazugehörigen Frage des Fragebogens kann im Anhang der Arbeit als elektronische Version auf der CD eingesehen werden.

Die Daten aus den Fragebögen werden entsprechend der oben beschriebenen Codierung manuell in eine Datenmatrix in SPSS eingegeben. Hierbei werden bei der Eingabe, wie von Kuckartz, Rädiker, Ebert & Schehl (2010, S. 20) empfohlen, bestimmte Regeln beachtet, um eine Stringenz und Objektivität zu gewährleisten. Auch Raithel (2006, S. 95) empfiehlt eine bestimmte Vorgehensweise bei Rohdatensatzfehlern und deren entsprechende Korrektur. Wenn keine korrekte Antwort gegeben wurde, wird die entsprechende Variablenausprägung mit -99 eingegeben. Dies ist zum einen der Fall, wenn bei einer mehrkategorialen Skala anstatt einer möglichen Antwort mehrere Antwortalternativen angekreuzt wurden, obwohl nur eine Antwort möglich gewesen wäre oder wenn eine notwendige Angabe fehlt. Auch wenn Kreuze zwischen zwei

Antwortkästchen gesetzt werden, so dass es nicht möglich ist, die Antwort einer Antwortalternative zuzuordnen, wird das entsprechende Item als fehlend kodiert. Unleserliche Antworten werden nicht in den Datensatz aufgenommen. Wenn fälschlicherweise die Frageblöcke 8 und 9 (Psychotherapeuten mit Erfahrung) und Frageblock 10 (Psychotherapeuten ohne Erfahrung) gleichzeitig ausgefüllt sind, werden die entsprechenden Antworten, wie von Raithel (2006, S. 95) empfohlen, ignoriert und als fehlend in die Datenmatrix eingetragen. Dabei wird die Antwort aus der Filterfrage (Frage 7) berücksichtigt. Einige Probanden geben zudem die Gesamtstundenzahl von Behandlungen nicht an, da die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist. Trotz dieser zusätzlichen Erklärung fließen diese Angaben nicht in die Berechnungen mit ein und werden als fehlender Wert (-99 missing) in den Datensatz aufgenommen. Wenn Zeitspannen (bspw. 4-10 Wochen) angegeben werden, wird das arithmetische Mittel ermittelt und in die Datenmatrix eingetragen. Eine weitere Regel wird für die Frageblöcke 8.13 und 8.14 notwendig. Es wurde mehrfach lediglich die Anzahl der behandelten Patienten bei der entsprechenden ICD-10 Diagnose angegeben, ohne zuvor das entsprechende Kreuz zu setzen. Bei dieser Kombination wird davon ausgegangen, dass diese auch behandelt wurden. Daher wird die entsprechende Diagnose als behandelt (1) in die Matrix eingetragen.

Auch nach der manuellen Dateneingabe ist nach Micheel (2010, S. 116) eine Datenbereinigung zu empfehlen. Die eingegebenen Daten werden im Hinblick auf ihre Korrektheit, zunächst durch erste Häufigkeitsauszählungen überprüft (Flick, 2009). Des Weiteren muss nach Flick (2009, S. 157) eine Plausibilitätsprüfung der Daten vorgenommen werden. In dem hier vorliegenden Datensatz wurde die Plausibilität geprüft. So konnte beispielsweise festgestellt werden, dass im Fragebogen 78 die Angaben bei Frage 2.2 und 2.3 und im Fragebogen 69 die Angaben bei 2.9 und 2.8 sich gegenseitig ausschließen, daher wurden die Antworten als ungültig (-99 missing) kodiert. Weiter konnte festgestellt werden, dass in Fragebogen 75 eine behandelte Patientenzahl von 724 und in Fragebogen 84 eine Wochenarbeitszeit von 200 Stunden als unrealistisch und unplausibel einzustufen ist. Die Angaben sind offensichtlich falsch. Daher werden auch diese Angaben, wie von Flick (ebd.) empfohlen, bei dem entsprechenden Item als ungültig (-99) kodiert.

Nach Eingabe aller eingegangenen Fragebögen stehen 156 Datensätze zur Verfügung. Raithel (2006, S. 96) empfiehlt, die generelle Ausfüllqualität eines Fragebogens zu beurteilen und möglicherweise den gesamten Fall oder Fragebatterien aus dem Datensatz zu löschen. Es wurde in der vorliegenden Forschungsarbeit festgelegt, dass 50% eines Fragebogens korrekt beantwortet sein müssen, um nicht aus dem Datensatz eliminiert zu werden. Hat ein Befragter weniger als 50% der Fragen korrekt beantwortet, wird der entsprechende Fragebogen aus dem Datensatz ausgeschlossen. Bei Psychotherapeuten mit Erfahrung entspricht dies 25 fehlerhaften oder fehlenden Antworten und bei

Psychotherapeuten ohne Erfahrung 16 nicht korrekten Antworten. Bei Psychotherapeuten mit Erfahrung, die zusätzlich Fragebogenblock 10 (Psychotherapeuten ohne Erfahrung) ausgefüllt haben, wurde jede Antwort als nicht korrekt gewertet und zu den Ausschlussitems addiert. In der Folge wurden zwei der 156 Fragebögen aus dem Datensatz entfernt, sodass der endgültige Datensatz aus 154 Fragebögen besteht.

Nach Micheel (2010, S. 117) ist Statistik "zum ersten das Sammeln, die Zusammenstellung inklusive Reduzierung bzw. Komprimierung und die Darstellung von Daten zur Beschreibung realer Sachverhalte". Dies wird als deskriptive oder beschreibende Statistik bezeichnet. Auch nach Bortz & Schuster (2010, S. 3) "leitet die deskriptive Statistik zu einer übersichtlichen und anschaulichen Informationsaufbereitung an". Die quantitativ erhobenen Daten sollen zusammenfassend beschrieben und dargestellt werden (Hussy, Schreier & Echterhoff, 2013, S. 169). Auf Grund des oben beschriebenen Forschungsgegenstandes (vgl. Kapitel 6) und der verwendeten Forschungsmethode (vgl. Kapitel 8) ist die Auswertung der Daten im Sinne der deskriptiven Statistik angezeigt.

Nach Micheel (2010, S. 117) werden mit Hilfe der univariaten und der bivariaten Statistik Häufigkeiten zusammengefasst. "Die Beschreibungen beziehen sich dabei auf die Ausprägungen der Werte von Merkmalen oder Variablen" (ebd.).

Mit Hilfe der univariaten Statistik können einzelne erhobene Merkmale durch Häufigkeiten, Mittelwerte und Streuungen beschrieben werden. In der vorliegenden Arbeit können beispielsweise das Alter der Probanden, das Geschlecht und Meinungen genannt werden (Micheel, 2010, S. 117). Hussy u. a. (2013, S. 169) bezeichnen dies als Statistik für einzelne Variablen. Mit Hilfe der bivariaten Statistik wird der Zusammenhang zwischen zwei Merkmalen beschrieben (Micheel, 2010, S. 117). In der Erhebung bezüglich der psychotherapeutischen Versorgungssituation von Menschen mit IM kann möglicherweise der Zusammenhang der ausgeübten Therapieausrichtung mit der bereits bestehenden Erfahrung bezüglich der Durchführung von PT bei Menschen mit IM beschrieben werden.

9 Beschreibung der befragten Personengruppe

Im Folgenden wird zunächst die befragte Personengruppe der PP anhand verschiedener Kriterien vorgestellt. Die befragte Personengruppe der PP wird anhand verschiedener Merkmale, wie Geschlecht, Alter, Approbation, Berufserfahrung, Arbeitsort und -zeit und Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit erwachsener Menschen mit IM beschrieben. Weiterhin werden die durchschnittliche Therapiestundenzahl sowie Wartezeiten auf ein Erstgespräch und auf einen Therapieplatz angegeben .

Insgesamt kann der Rücklauf der Fragebögen auf n=156 beziffert werden. Zwei Fragebögen wurden im Hinblick auf die oben dargestellten Ausschlusskriterien als ungültig eingestuft. Der bereinigte Rücklauf kann daher auf 6,55% (n=154) beziffert werden.

Zur übersichtlicheren Darstellung der Ergebnisse in Graphiken werden entweder Prozentangaben oder Anzahlen der Nennungen verwendet. Im anschließenden Text, welcher nach den Graphiken folgt, finden sich sowohl Anzahl der Nennungen als auch Prozentangaben.

Geschlecht

Folgende Abbildung 6 veranschaulicht die Verteilung der Befragten auf das Geschlecht:

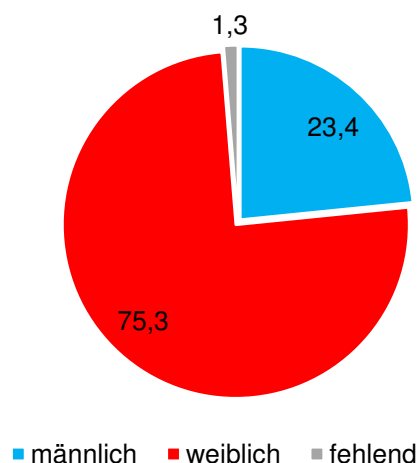


Abb. 6: Geschlechterverteilung der Befragten in Prozent

Davon schickten 36 (23,4%) männliche PP und 116 (75,3%) weibliche PP den ausgefüllten Fragebogen zurück. Zwei befragte Personen (1,3%) gaben kein Geschlecht an.

Alter

153 der befragten 154 Personen gaben das eigene Alter in Jahren an und die genaue Aufteilung der Befragten auf Altersgruppen ist der folgenden Abbildung 20 zu entnehmen.

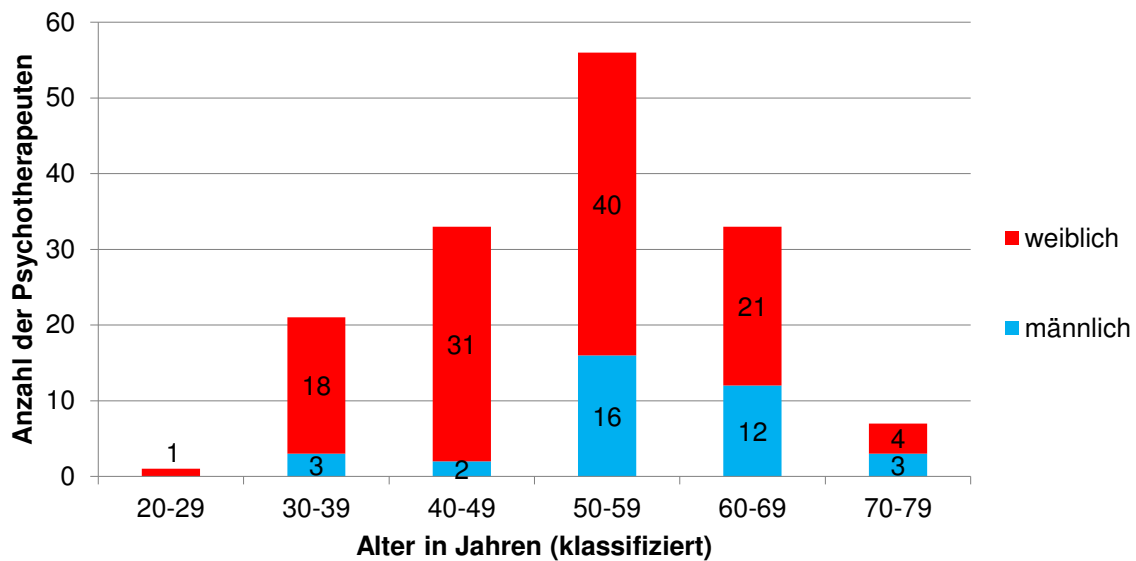


Abb. 7: Alter der Personengruppe differenziert nach Geschlecht

Eine befragte Frau (0,7%) war unter 30 Jahre alt. In der Altersgruppe zwischen 30 und 39 Jahren beantworteten 18 Frauen (11,9%) und drei Männer (2,0%) diese Frage. Im Alter zwischen 40 und 49 konnten 31 Frauen (20,5%) und zwei Männer (1,3%), in der Altersgruppe 50 bis 59 40 Frauen (26,5%) und 16 Männer (10,6%), in der Altersgruppe 60-69 21 Frauen (13,9%) und 12 Männer (7,9%) und in der Altersgruppe 70 bis 79 vier Frauen (2,6%) und drei Männer (2,0%) gezählt werden. Das arithmetische Mittel im Hinblick auf das Alter liegt bei den befragten Personen bei 52,6 Jahren (SD=10,8). Mehr als zwei Drittel aller PP sind älter als 60 Jahre.

Approbation

Alle Personen, die den Fragebogen beantwortet haben (n=154), besitzen eine Approbation als psychologischer Psychotherapeut. 17,9% (n=17) besitzen eine zusätzliche Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. 38,3% (n=59) der befragten Personen haben die Frage nach einer doppelten Approbation nicht beantwortet. Im Hinblick auf die Therapierichtung gaben 66,9% (n=103) der befragten Personen Verhaltenstherapie, 14,3% (n=22) analytische Therapie, 29,2% (n=45) tiefenpsychologisch- fundierte Therapie und 27,9% (n=43) sonstige Therapien als ihre ausgeübte Fachrichtung an. Bei den sonstigen Ausrichtungen wurden u. a. Therapien mit systemischer Ausrichtung, Therapien auf personenzentrierter Grundlage, Hypnose, Gestalttherapie, EMDR oder Traumatherapie genannt. Eine genaue Auflistung der Nennungen findet sich als Datei auf der beiliegenden CD.

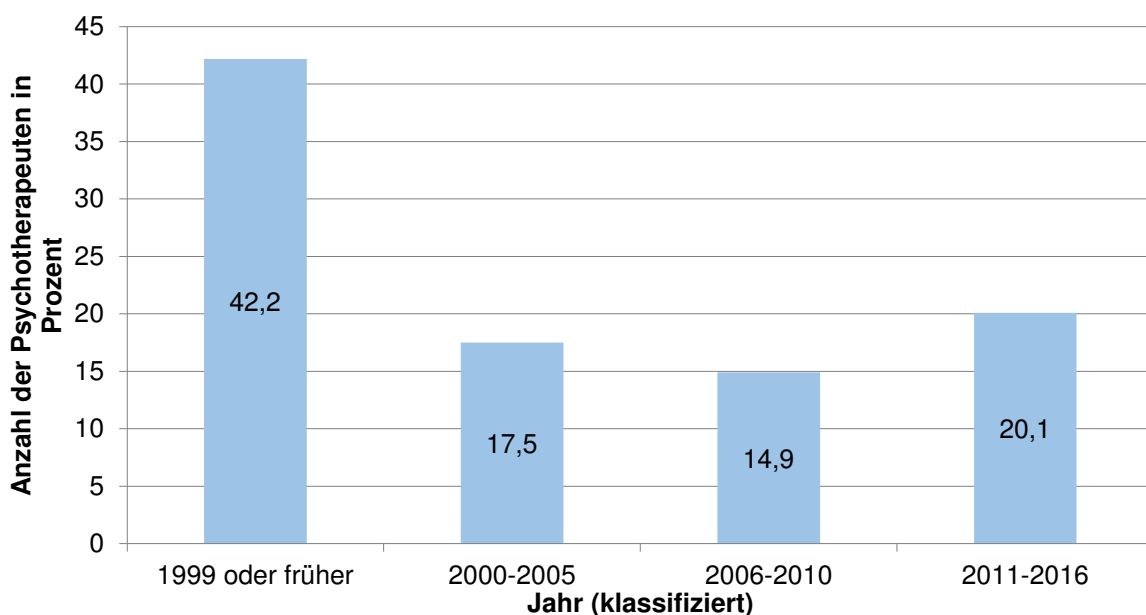


Abb. 8: Jahr der Approbation

42,2% (n=65) erhielten ihre Approbation vor dem Jahr 1999. 17,5% (n=27) erreichten ihre Approbation zwischen den Jahren 2000 und 2005, 14,9% (n=23) zwischen 2006 und 2010 und 20,1% (n=31) ab 2011. 5,2% (n=8) der befragten Personen machte hierzu keine Angabe.

Berufserfahrung

150 der PP gaben im Fragebogen ihre bisherige Berufserfahrung in Jahren an.

	Häufigkeit	Prozent
0-4 Jahre	15	9,7
5-9 Jahre	21	13,6
10-14 Jahre	17	11,0
15-19 Jahre	30	19,5
20-24 Jahre	17	11,0
25-29 Jahre	22	14,3
30-34 Jahre	16	10,4
über 35 Jahre	12	7,8
fehlend	4	2,6
Gesamtsumme	154	100,0

Tab. 7: Berufserfahrung in Jahren (klassifiziert)

Tabelle 7 zeigt, dass 9,7% (n=15) weniger als vier Jahre, 13,6% (n=21) zwischen fünf und neun Jahren, 11% (n=17) zwischen zehn und 14 Jahren und 19,5% (n=30) zwischen 15 und 19 Jahren Berufserfahrung als PP haben. Bei 11% (n=17) liegt die Berufserfahrung zwischen 20 und 24, bei 14,3% (n=22) zwischen 25 und 29, bei 10,4% (n=16) zwischen 30 und 34 und bei 7,8% (n=12) bei mehr als 35 Jahren. Vier Personen (2,6%) machten diesbezüglich keine Angabe. Die befragten Personen weisen eine durchschnittliche Berufserfahrung von 18,4 Jahren (SD= 10,4) auf.

Arbeitsorte der Psychotherapeuten

29,2% (n=45) der befragten PP besitzen einen vollen Kassensitz, 24,7% (n=38) einen Kassensitz mit 50%, 43,5% (n=67) sind ohne Kassensitz psychotherapeutisch tätig. 2,6% (n=4) machten hierzu keine Angaben. 55,8% (n=86) der Befragten üben ihre Tätigkeit in einer eigenen KV-Praxis aus. 7,1% (n=11) sind in einer Praxis mit einem Beschäftigungsverhältnis von durchschnittlich 44,67% angestellt, 20,8% (n=32) besitzen eine eigene Privatpraxis. 10,4% (n=16) sind in einer Beratungsstelle tätig, 7,1% (n=11) arbeiten in einer psychosomatischen, einer psychotherapeutischen oder einer Rehabilitationsklinik und 6,5% (n=10) arbeiten in einer Psychiatrischen Klinik oder Tagesklinik. Jeweils 3,2% (n=5) arbeiten in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und in Institutsambulanzen. 1,9% (n=3) sind in allgemeinen Krankenhäusern, eine Person (0,6%) ist in einer ambulanten Einrichtung der Behindertenhilfe tätig. 9,1% (n=14) der

befragten Personen gaben Sonstiges als ihren Ort der Tätigkeit an. Hier werden als Arbeitsbereiche beispielsweise Dozent an Universitäten, Weiterbildungen oder Hochschulen (n=3), Berufsbildungswerke (n=2), ein Autismus-Therapie-Zentrum (n=1) und eine Schule für sehbehinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene genannt. Die gesamte Auflistung kann im Anhang dieser Arbeit als elektronische Datei auf der beiliegenden CD eingesehen werden.

Haupttätigkeitsort der Psychotherapeuten

Tabelle 8 zeigt den Hauptarbeitsort der befragten 154 PP.

	Häufigkeit	Prozent
eigene Praxis (KV-Zulassung)	80	51,9
angestellt in Praxis	9	5,8
eigene Praxis (Privat)	16	10,4
Beratungsstelle	10	6,5
stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe	4	2,6
Institutsambulanz	2	1,3
Psychiatrische Klinik/Psychiatrische Tagesklinik	8	5,2
Allgemeines Krankenhaus	2	1,3
Psychosomatische/Psychotherapeutische Klinik/Rehabilitation	8	5,2
Sonstiges	6	3,9
Fehlend	9	5,8
Gesamtsumme	154	100,0

Tab. 8: Haupttätigkeitsort

51,9% (n=80) sind in einer eigenen Praxis mit KV-Zulassung und 10,4% (n=16) in einer eigenen Privatpraxis tätig. 5,8% (n=9) befinden sich in einem Anstellungsverhältnis und 6,5% (n=10) sind in einer Beratungsstelle tätig. 2,6% (n=4) arbeiten im Bereich der stationären Behindertenhilfe und 1,3% (n=2) hauptsächlich in Institutsambulanzen. 11,7% (n=18) sind hauptsächlich in unterschiedlichen Kliniken beschäftigt und 3,9% (n=6) gaben Sonstige als den Ort ihrer Haupttätigkeit an.

Wochenarbeitszeit

Die befragte Personengruppe arbeitet durchschnittlich 42,4 Wochen (SD=6,5) im Jahr und im Mittel 31,9 Stunden (SD=12,2) in der Woche. Die Wochenarbeitszeit kann kategorisiert wie folgt dargestellt werden:

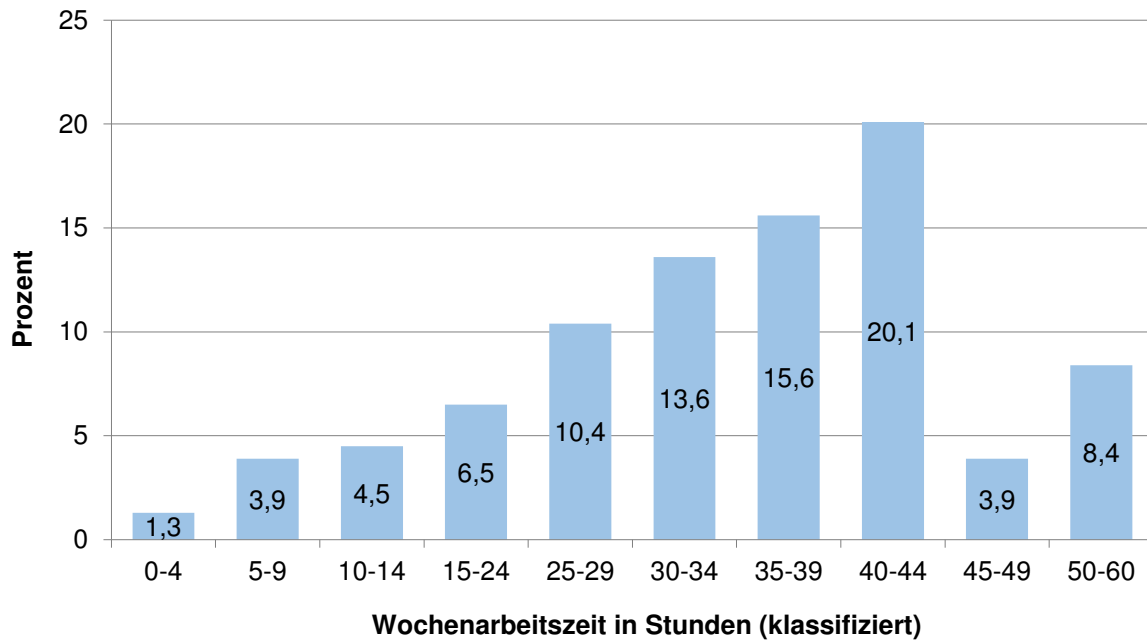
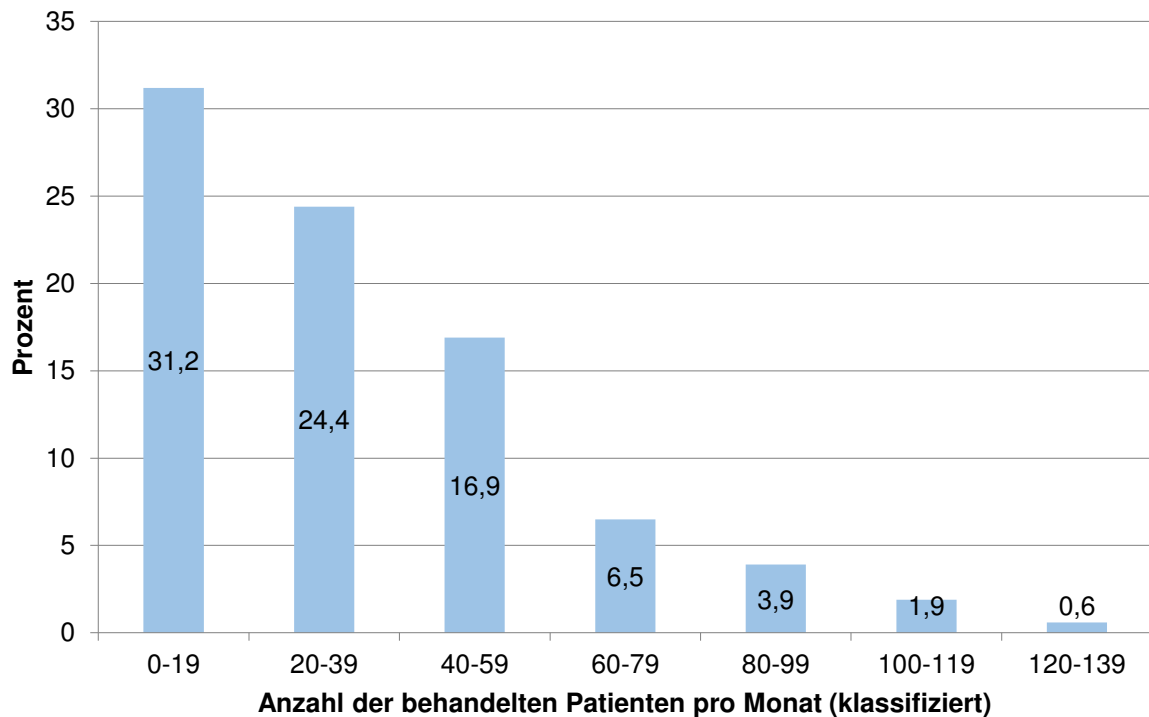


Abb. 9: Wochenarbeitszeit

23,3% (n=36) der befragten Personen arbeiten bis zu 24 Stunden in der Woche. 10,4% (n=16) arbeiten zwischen 25 und 29 und 13,6% (n=21) zwischen 30 und 34 Stunden in der Woche. Die meisten PP (n=55) arbeiten zwischen 35 und 44 Stunden in der Woche (35,7%). 12,3% (n=19) gaben den Arbeitsumfang mit mehr als 45 Stunden in der Woche an. 7 Personen (4,5%) machten diesbezüglich in der Befragung keine Angaben.

behandelte Psychotherapie-Patienten im Monat

Es werden durchschnittlich 32,2 (SD=23,9) Monat von einem PP behandelt. Dabei variiert die Anzahl der behandelten Patienten von keinem bis zu 130 Patienten pro Monat.

**Abb. 10: behandelte Psychotherapie-Patienten im Monat**

31,2% (n=48) der befragten Personen behandeln bis zu 19 PT-Patienten pro Monat. 24,4% (n=53) behandeln zwischen 20 und 39 Patienten. Bei 16,9% (n=26) der Therapeuten liegt die Zahl der Patienten zwischen 40 und 59, bei 6,5% (n=10) zwischen 60 und 79 Patienten. Insgesamt 6,4% (n=10) betreuen mehr als 80 Patienten im Monat. 4,5% (n=7) machten zu dieser Frage keine Angaben.

durchschnittliche Therapiestundenanzahl pro Monat

Von den PP werden durchschnittlich 66,8 Therapiestunden (SD= 45,4) pro Monat durchgeführt. Die höchste Therapiestundenanzahl wurde mit 235 Stunden im Monat, die geringste mit keiner Stunde im Monat angegeben.

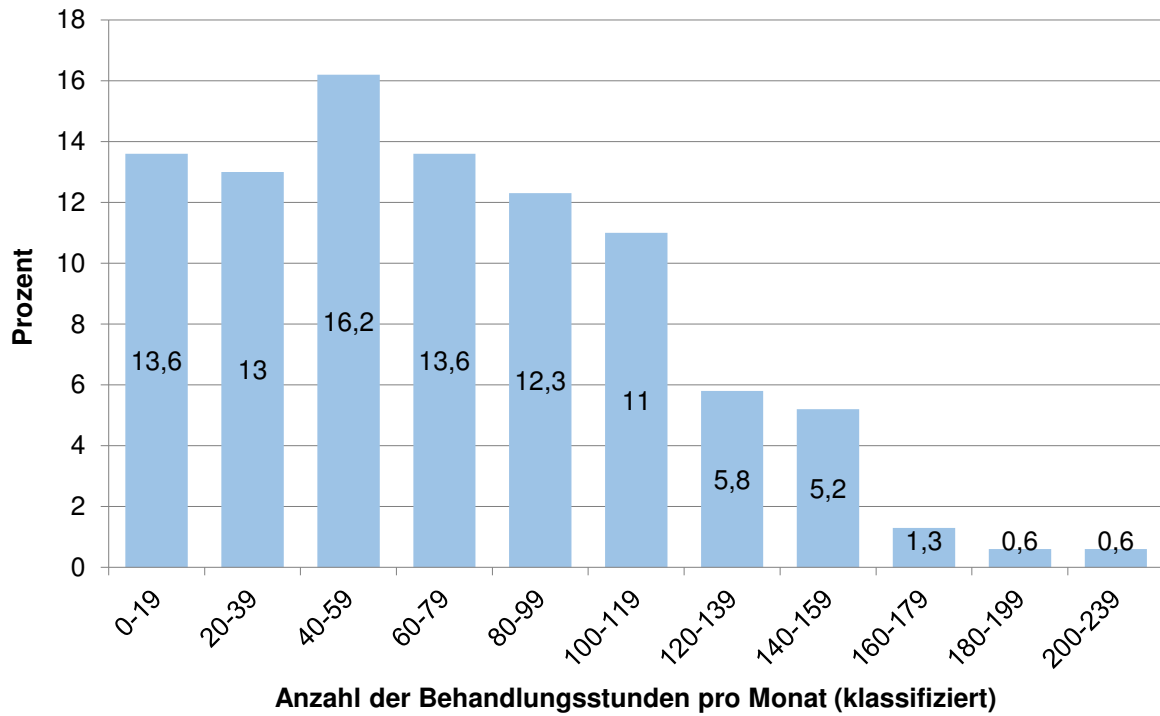


Abb. 11: durchgeführte Behandlungsstunden

13,6% (n=21) führen bis zu 19 Behandlungsstunden, 13,0% (n=20) zwischen 20 und 39 Behandlungsstunden im Monat durch. 16,2% (n=25) der befragten PP behandeln zwischen 40 und 59 Stunden im Monat und 13,6% (n=21) zwischen 60 und 79 Stunden. 12,3% (n=19) führen 80 bis 99 Stunden im Monat durch. Weitere 11,0% (n=17) gaben eine Anzahl der Behandlungsstunden zwischen 100 und 119 an. 5,8% (n=9) führen zwischen 120 und 139 Stunden, 5,2% (n=8) zwischen 140 und 159 Stunden durch. Vier befragte Personen (2,5%) gaben mehr als 160 Stunden im Monat an, zehn Personen (6,5%) machten keine Angabe zu dieser Frage.

Wartezeiten und Warteliste

Durchschnittlich muss 7,7 Wochen auf ein Erstgespräch (SD=9,5) und 17,8 Wochen (SD=18,3) auf einen Therapieplatz gewartet werden. Diese Frage im Fragebogen beantworteten n=84 bzw. n=80 (54,5% bzw. 51,9%) Therapeuten.

35,1% (n=54) der befragten Personen, unabhängig von ihrem Arbeitsort, führen eine Warteliste. 26,0% (n=40) führen keine Warteliste. 39,0% (n=60) machten keine Angaben.

	Führen einer Warteliste	keine Warteliste
eigene Praxis (KV-Zulassung)	43 (45,7%)	21 (22,3%)
Privatpraxis	6 (6,4%)	5 (5,3%)
angestellt in Praxis	1 (1,1%)	3 (3,2%)
Sonstige	3 (3,2%)	8 (8,5%)
Fehlend	1 (1,1%)	3 (3,2%)
Insgesamt	54 (57,5%)	40 (42,6%)

Tab. 9: Führen einer Warteliste differenziert nach Haupttätigkeitsort

Zu dieser Frage machten 94 PP Angaben. 43 PP, welche hauptsächlich in einer eigenen Praxis mit KV-Zulassung tätig sind, führen (45,74%) eine Warteliste, 21 PP (22,34%) führen keine Warteliste. Sechs PP (6,38%), welche in einer eigenen Privatpraxis tätig sind, führen eine Warteliste, fünf PP (5,32%) führen keine. Einer der vier PP (1,06%), welche in einer Praxis angestellt sind, führt eine Warteliste, drei (3,19%) führen keine Warteliste. Drei PP (3,19%) führen eine Warteliste, arbeiten aber in einem anderen Bereich als oben angegeben. Acht PP (8,5%), welche sonstige Arbeitsbereiche nannten, führen keine Warteliste.

Erfahrung mit Menschen mit Intelligenzminderung in der psychotherapeutischen Arbeit

153 befragte PP beantworteten die Frage bezüglich der Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit erwachsenen Menschen mit IM.

76,0% (n=117) der befragten PP gaben an, bereits Erfahrung mit Menschen mit IM gesammelt zu haben. Dem gegenüber stehen 23,4% (n=36), die noch keine Erfahrung mit diesem Personenkreis gemacht haben. Eine Person (0,6%) machte hierzu keine Angaben.

Die nachfolgende Tabelle zeigt, in welchen Bereichen die PP ihre Erfahrungen mit Menschen mit IM gesammelt haben.

	Häufigkeit	Prozent
Zivildienst/Praktika	30	20
Studium/Beruf	60	40
Praxis	51	34
Privat	39	26
Sonstige	29	18,8

Tab. 10: Häufigkeitsverteilung Erfahrung (Mehrfachnennungen möglich)

Die meisten befragten Personen (n=111) gaben an, im Studium, im Beruf und in der Praxis Erfahrungen mit Menschen mit IM gesammelt zu haben. 20% (n=30) der befragten Personen hatte im Zivildienst oder in Praktika Kontakt zu Menschen mit IM. 39 Personen (26%) kamen im privaten Bereich mit Menschen mit IM in Berührung. 18,8% (n=29) der befragten Personen gaben Sonstiges an. Hier sind beispielsweise Ferienjob (n=2) und Freiwilliges Soziales Jahr (n=3) zu nennen, wobei 22 Angaben dem Bereich Studium/Beruf zugeordnet werden könnten.

10 Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die einzelnen Forschungsfragen, wie sie bereits in Kapitel 7 genannt wurden, beantwortet. Die Hauptfrage befasst sich mit der aktuellen psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit IM und psychischen Störungen im Bundesland Ba-Wü.

10.1 aktuelle psychotherapeutische Versorgungssituation erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen im Bundesland Baden-Württemberg

Zur Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation erwachsener Menschen mit IM werden unter anderem Fragen nach der jeweiligen Einschätzung zur Versorgungssituation, nach der vorhandenen Erfahrung mit Menschen mit IM sowie nach den behandelten Formen der IM und deren Verteilung gestellt. Weitere Fragestellungen betreffen die Finanzierungswege, die Anzahl der Anfragen sowie die der im letzten Jahr behandelten Menschen mit IM, den Gesamtstundenumfang der Behandlung von Menschen mit IM und den geschätzten zeitlichen Mehraufwand. Ebenso dient zur Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation die Erhebung der Schnittstellen in der psychotherapeutischen Arbeit und der angewandten diagnostischen Verfahren sowie der Vergleich des Stundenumfangs abgeschlossener PT bei Menschen mit und ohne IM. Die Zuordnung der Fragen aus dem Fragebogen zu den Forschungsfragen dieser Arbeit findet sich im Anhang 3.

Beurteilung der aktuellen psychotherapeutischen Versorgungssituation erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

143 der 154 befragten PP beantworteten die Frage nach der psychotherapeutischen Versorgungssituation erwachsener Menschen mit IM in Form von Schulnoten.

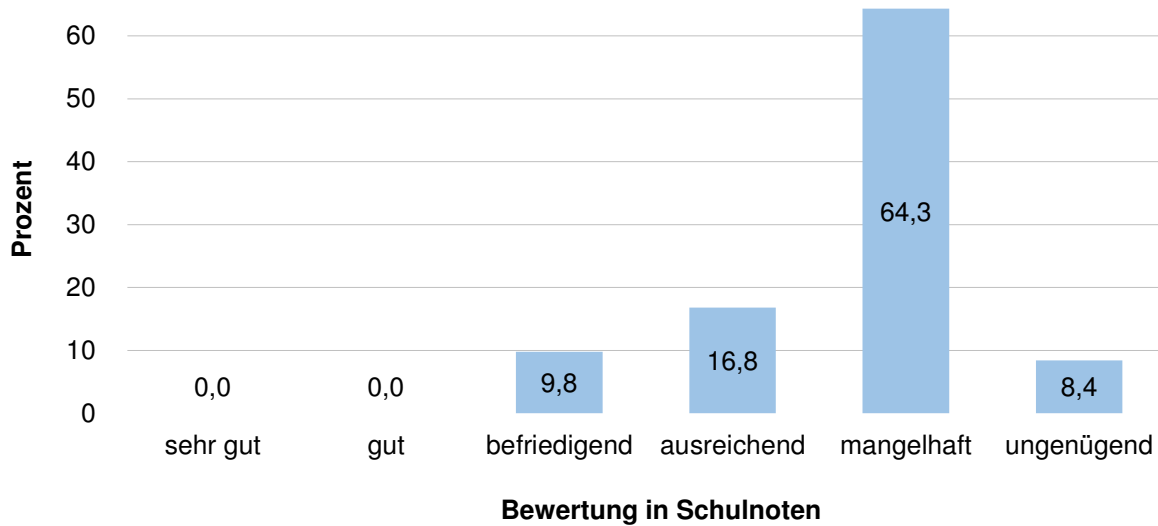


Abb. 12: Einschätzung der Versorgungssituation anhand von Schulnoten

Die beste Note entspricht einer 3 (befriedigend), die schlechteste Note einer 6 (ungenügend). 14 Personen (9,8%) bewerteten die Versorgungssituation mit befriedigend, 24 Personen (16,8%) mit ausreichend, 92 Personen (64,3%) mit mangelhaft und 13 Personen (9,1%) mit ungenügend. Im Durchschnitt wird die Versorgungssituation als mangelhaft ($M=4,7$; $SD=0,8$) eingeschätzt.

Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

Alle befragten Personen äußerten sich, ob sie Menschen mit IM behandeln oder bereits zu einem früheren Zeitpunkt behandelt haben.

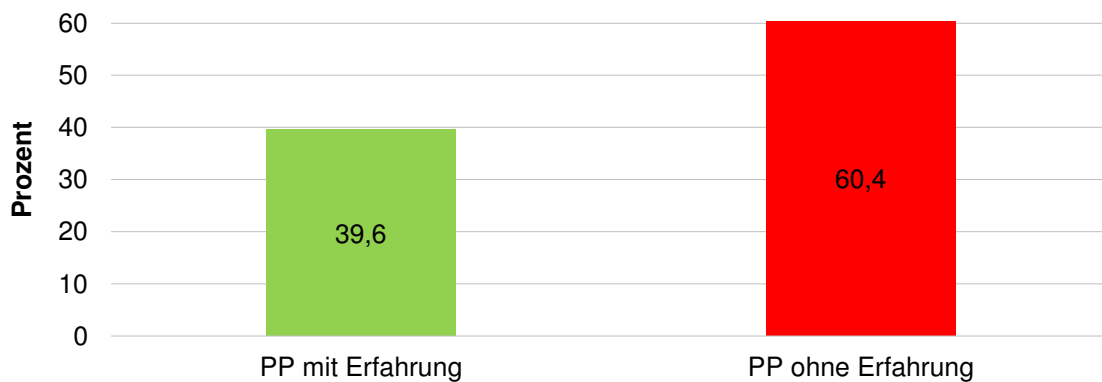


Abb. 13: Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit

39,6% ($n=61$) der befragten 154 PP haben zum Zeitpunkt der Erhebung oder zu einem früheren Zeitpunkt erwachsene Menschen mit IM behandelt. 60,4% ($n=93$) gaben an, keine Menschen mit IM zu behandeln oder behandelt zu haben.

PP mit ($n=59$) und ohne Erfahrung ($n=84$) bewerteten die psychotherapeutische Versorgungssituation erwachsener Menschen mit IM anhand von Schulnoten.

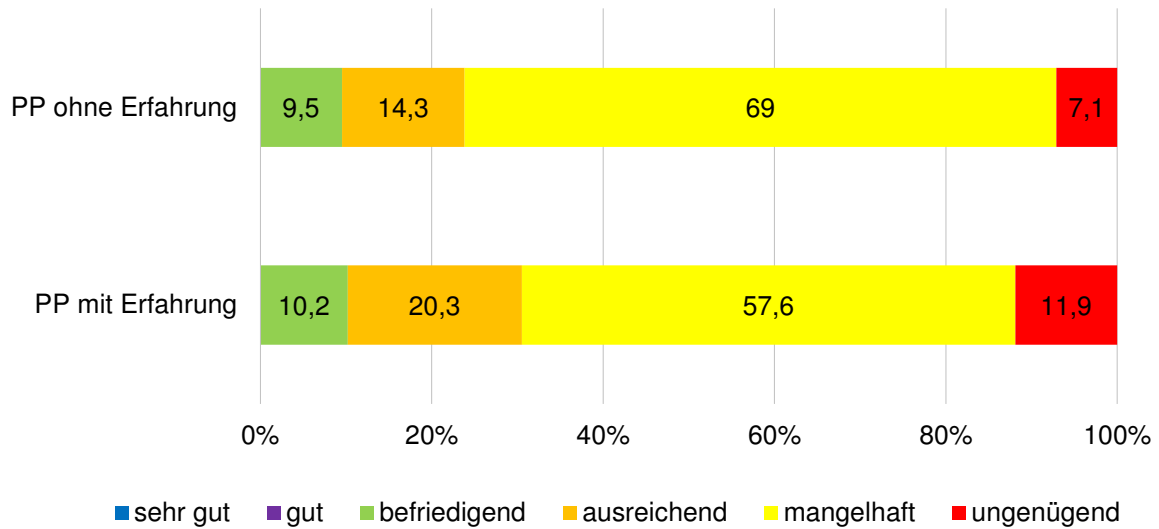


Abb. 14: Einschätzung der Versorgungsqualität differenziert nach vorhandener Erfahrung

9,5% (n=8) der PP ohne Erfahrung bewerteten die Versorgung erwachsener Menschen mit IM als befriedigend, 14,3% (n=12) als ausreichend, 69% (n=58) als mangelhaft und 7,1% (n=6) als ungenügend. 10,2% (n=6) der PP mit Erfahrung bewerteten die Situation als befriedigend, 20,3% (n=12) als ausreichend, 57,4% (n=34) als mangelhaft und 11,9% (n=7) als ungenügend.

Altersverteilung der Psychotherapeuten

153 der 154 befragten Personen machten Angaben zu ihrem Alter und zur psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Menschen mit IM.

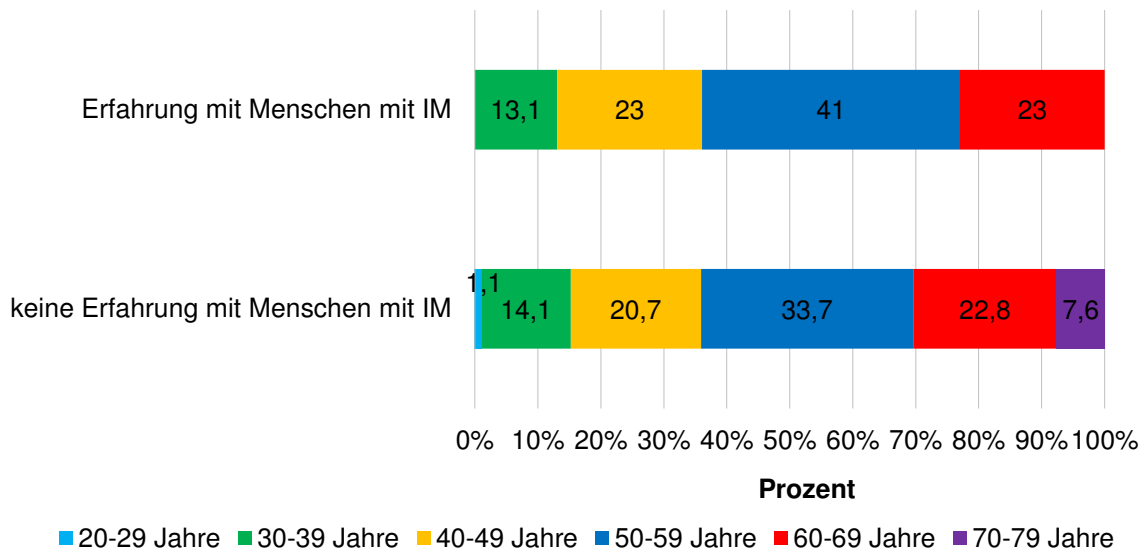


Abb. 15: Lebensalter und vorhandene Erfahrung der Psychotherapeuten

Die vorliegende Abbildung zeigt die Altersverteilung der befragten Personen, unterschieden nach erfolgter oder fehlender Behandlung erwachsener Menschen mit IM. Ein PP, der keine Menschen mit IM behandelt, ist unter 30 Jahre alt. 14,1% (n=13) sind zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 30 und 39 Jahre, 20,7% (n=19) zwischen 40 und 49 Jahre, 33,7% (n=31) zwischen 50 und 59 Jahre und 22,8% (n=21) zwischen 60 und 69 Jahre alt. 7,6% (n=7) der PP, die keine Menschen mit IM behandeln, sind älter als 70 Jahre.

Alle Therapeuten, die Menschen mit IM behandeln, sind älter als 29 Jahre. 13,1% (n=8) sind zwischen 30 und 39 Jahre, 23% (n=14) zwischen 40 und 49 Jahre und 41% (n=25) zwischen 50 und 59 Jahre alt. 23% (n=14) der befragten PP mit Erfahrung sind älter als 60 Jahre.

Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung nach Therapieausrichtung

154 der befragten PP beantworteten die Fragen nach der Therapieausrichtung und der aktuellen oder bisherigen Behandlung erwachsener Menschen mit IM.

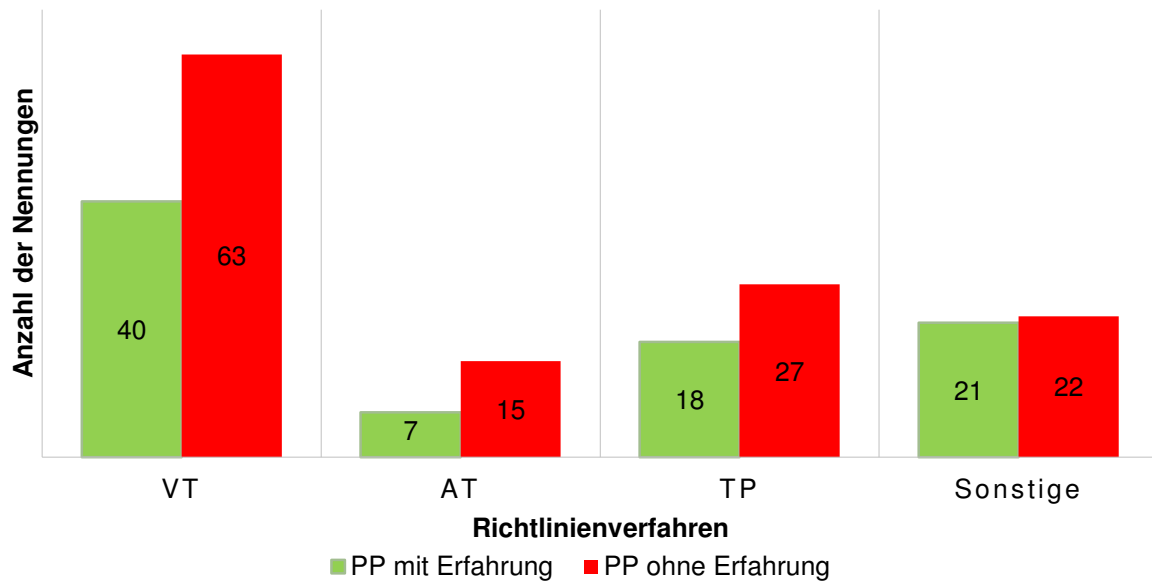


Abb. 16: Behandlungszahlen nach Richtlinienverfahren differenziert nach vorhandenen Erfahrungen

40 PP (38,8%), die verhaltenstherapeutisch arbeiten, behandeln Menschen mit IM. 63 Personen (61,2%) haben keine Erfahrung in der Arbeit mit erwachsenen Menschen mit IM. Sieben der insgesamt 22 analytisch arbeitenden PP (31,8%) behandelt zum Zeitpunkt der Erhebung Menschen mit IM. Dem gegenüber behandeln 15 Personen (68,2%) keine Menschen mit IM. 18 Personen (40%), die eine tiefen-psychologisch-fundierte Therapie durchführen, behandeln Menschen mit IM. 27 Befragte (60%) arbeiten noch nicht mit dieser Personengruppe. 21 der 43 Therapeuten (48,8%), welche sonstige Verfahren nannten, haben im psychotherapeutischen Setting Kontakt mit Menschen mit IM. 22 (51,2%) hatten bisher keinen Kontakt in der psychotherapeutischen Arbeit.

frühere Erfahrungen mit Menschen mit Intelligenzminderung und psychotherapeutische Behandlung

153 befragte PP machten Angaben zu Vorerfahrungen mit Menschen mit IM.

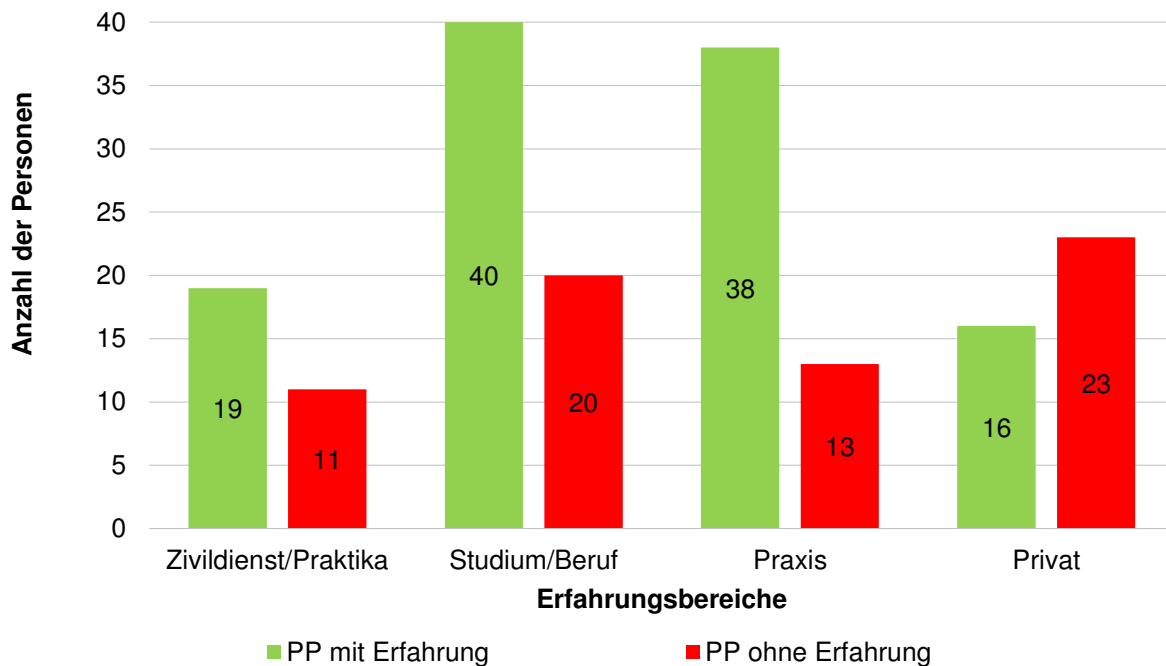


Abb. 17: Vorerfahrungen und deren Auswirkung auf die psychotherapeutische Arbeit

19 PP (12,4%), die im Zivildienst oder während Praktika Kontakt zu Menschen mit IM hatten, behandeln im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Arbeit Menschen mit IM. 11 PP (7,2%), die im Zivildienst oder in Praktika Kontakt zu Menschen mit IM hatten, behandeln im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Arbeit keine Menschen mit IM. Es kann ein Zusammenhang zwischen Erfahrungen, die im Zivildienst gesammelt wurden, und einer späteren psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Menschen mit IM angenommen werden ($\text{Chi}^2=8,57$; $p=,003$).

40 PP (26,1%), die im Rahmen ihres Studiums oder Berufs Kontakt zu Menschen mit IM hatten, behandeln im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Arbeit Menschen mit IM. Bei 20 PP (13,1%), die während ihres Studiums oder im Beruf Kontakt zu Menschen mit IM hatten, erfolgt dagegen keine Betreuung von Menschen mit IM im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Arbeit. Es scheint ein Zusammenhang zwischen Erfahrungen, die im Studium oder Beruf gesammelt wurden, und einer späteren psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Menschen mit IM zu bestehen ($\text{Chi}^2=29,567$; $p=,000$).

38 PP (24,8%), die im Rahmen ihrer Praxis Kontakt zu Menschen mit IM hatten, behandeln im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit Menschen mit IM. 13 PP (8,5%) mit entsprechender Vorerfahrung arbeiten in ihrer psychotherapeutischen Arbeit nicht mit Menschen mit IM. Bei diesen genannten Erfahrungsfeld scheint ein

Zusammenhang zwischen den früheren Erfahrungen und der Arbeit mit Menschen mit IM im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung zu bestehen ($\chi^2=38,291$; $p=,000$).

16 PP (10,5%), die im privaten Umfeld Kontakt zu Menschen mit IM hatten, behandeln im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Arbeit Menschen mit IM. Bei 23 PP (15%) mit entsprechenden privaten Kontakten kommt es im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Arbeit nicht zur Begleitung von Menschen mit IM. Es scheint, als bestünde kein Zusammenhang zwischen früheren Erfahrungen im privaten Bereich und der psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Menschen mit IM ($\chi^2=,029$; $p=,864$).

behandelte Formen der Intelligenzminderung

61 der PP, die Menschen mit IM behandeln, beantworteten die Frage bezüglich der Behandlung erwachsener Menschen mit einer leichten Form der IM. 59 PP machten Angaben zur Behandlung erwachsener Menschen mit einer mittelgradigen Form der IM und 58 PP zur Behandlung schwerer und schwerster Formen der IM.

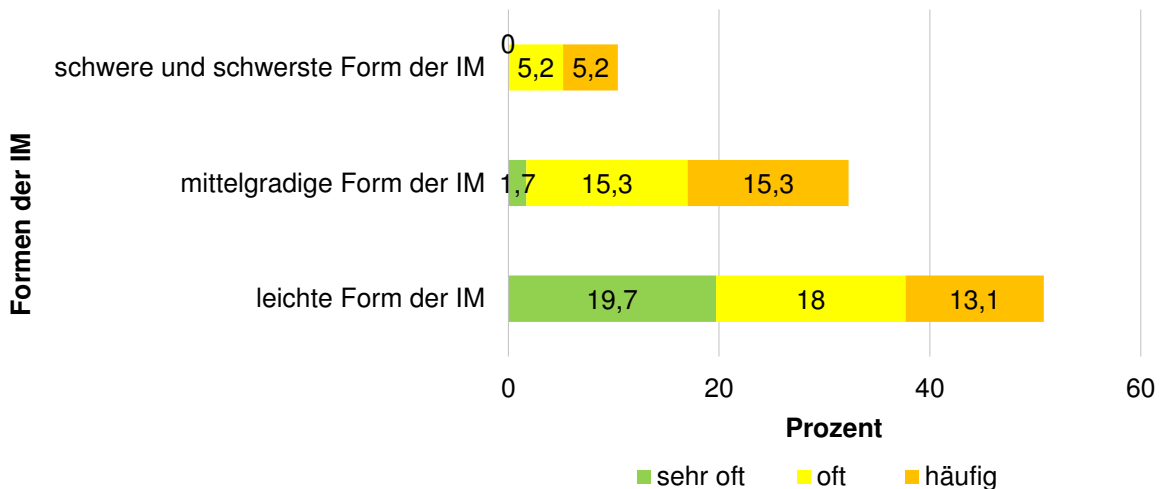


Abb. 18: Behandlungshäufigkeiten unterschiedlicher Formen der IM

19,7% (n=12) der PP, die Menschen mit IM behandelten, behandeln sehr oft, 18% (n=11) oft, 13,1% (n=8) häufig, 45,9% (n=28) selten und 3,3% (n=2) nie erwachsene Menschen mit einer leichten Form der IM. 1,7% (n=1) behandeln sehr oft, 15,3% (n=9) oft, 15,3% (n=9) häufig, 35,6% (n=21) selten und 32,2% (n=19) nie erwachsene Menschen mit einer mittelgradigen Form der IM. Schwere und schwerste Formen der IM werden von 5,2% (n=3) oft, 5,2% (n=3) häufig, 20,7% (n=12) selten und 69% (n=40) nie von PT, die Menschen mit IM behandeln, therapiert.

Finanzierungswege durchgeführter Psychotherapien erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

61 der PP, die Menschen mit IM behandeln, beantworteten die Frage nach den Finanzierungswegen der PT. Mehrfachnennungen waren möglich.

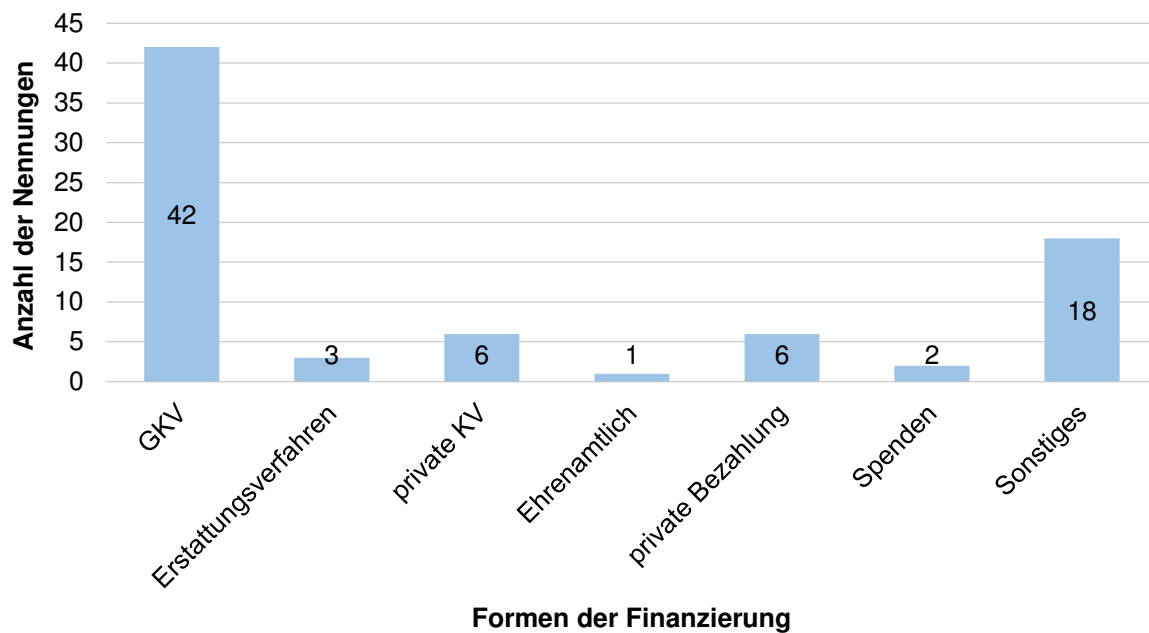


Abb. 19: Finanzierung psychotherapeutischer Behandlung (Mehrfachnennungen möglich)

68,9% (n=42) der Personen gaben an, die Therapie der Menschen mit IM durch die GKV finanziert zu bekommen. Bei 9,8% (n=6) erfolgt die Finanzierung durch die private Krankenversicherung, bei 9,8 % (n=6) über private Bezahlung, bei 4,9% (n=3) durch das Kostenerstattungsverfahren und bei 3,3% (n=2) über Spenden. 1,6% (n=1) übernehmen die PT ehrenamtlich. 29,5% (n=18) gaben als Finanzierungswege Sonstiges an. Dabei wurde unter anderem mehrfach (n=7) die Finanzierung durch öffentliche Mittel (Arbeitsamt, Beratungsstelle, Landkreisgelder, Jugendhilfe, Eingliederungshilfe und teil- oder vollstationäre Unterbringung) sowie eine Finanzierung im Rahmen der Rentenversicherung, durch Berufsgenossenschaften oder durch Einrichtungen genannt. Eine genaue Auflistung der Antworten findet sich als elektronische Datei im Anhang auf der beiliegenden CD.

Anfragen für Psychotherapie erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in den letzten zwölf Monaten

60 Personen beantworteten die Frage nach der Anzahl der Anfragen für PT bei Menschen mit IM in den letzten zwölf Monaten. 23,2 % (n=14) hatten im vergangenen Jahr keine Anfragen. 76,7% (n=46) hatten Anfragen für psychotherapeutische Behandlung erwachsener Menschen mit IM.

Im Durchschnitt erhielten die PP (n=47) in den letzten zwölf Monaten 4,3 Anfragen (SD= 4,9) für eine psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit IM. Als geringste Anzahl wurde eine Anfrage, als höchste Anzahl wurden 20 Anfragen genannt.

behandelte Patienten mit Intelligenzminderung in den letzten zwölf Monaten

56 PP beantworteten die Frage nach der Anzahl der behandelten Menschen mit IM in den letzten zwölf Monaten.

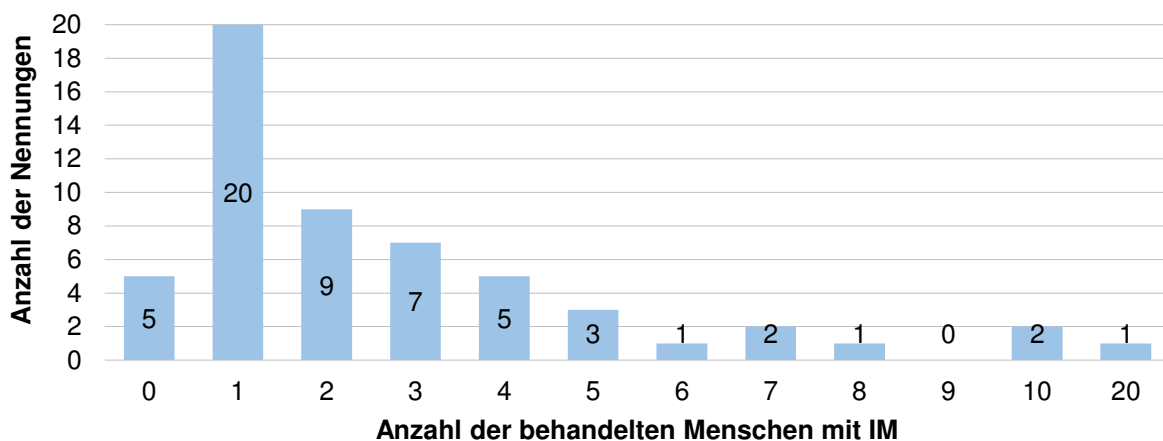


Abb. 20: Patientenzahlen der letzten zwölf Monate

8,9% (n=5) der 56 PP behandelten in den letzten zwölf Monaten keinen Menschen mit IM. 35,7% (n=20) behandelten einen, 16,1% (n=9) behandelten zwei, 12,5% (n=7) behandelten drei, 8,9% (n=5) behandelten vier Menschen mit IM. 18% (n=10) behandelten fünf oder mehr Menschen mit IM. Im Durchschnitt behandelten PP in den letzten zwölf Monaten (SD= 3,3) 2,9 Patienten mit IM.

durchgeführte Behandlungsstunden in den letzten zwölf Monaten

53 PP beantworteten die Frage nach dem Gesamtstundenumfang durchgeführter Behandlungsstunden bei Menschen mit IM. Dabei beträgt der Mittelwert 53,8 Stunden (SD= 115,1). Der geringste Gesamtstundenumfang wurde mit keiner Stunde, der größte Gesamtstundenumfang mit 810 Stunden beziffert.

geschätzter Mehraufwand in der Behandlung

55 Personen beantworteten die Frage nach dem prozentualen Mehraufwand einer Behandlung eines Menschen mit IM.

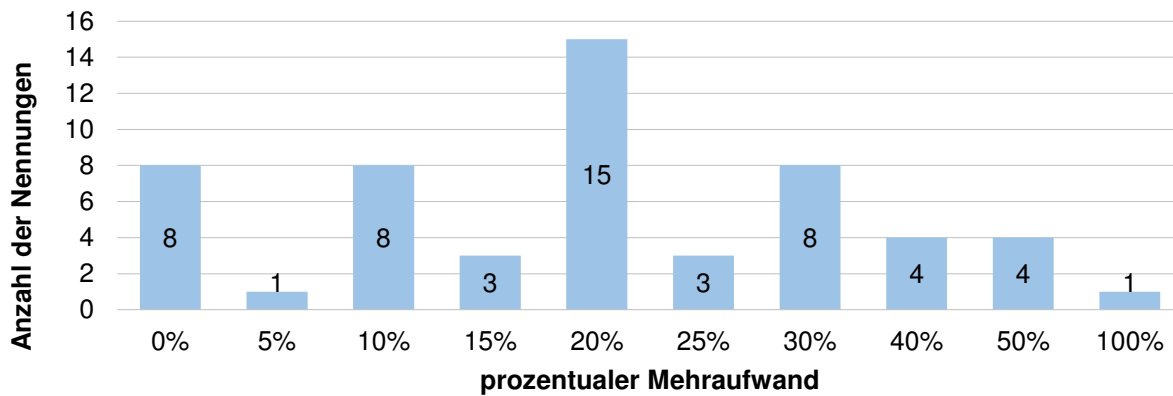


Abb. 21: Einschätzung des zeitlichen Mehraufwands

Acht Personen sehen keinen zeitlichen Mehraufwand in der Behandlung von Menschen mit IM, eine Person sieht einen Mehraufwand von 100%. Der Mittelwert des geschätzten zeitlichen Mehraufwands in Prozent beträgt 21,9 (SD=17,5).

Gesamtstundenumfang der letzten maximal drei abgeschlossenen Psychotherapien

Die nachfolgenden Tabellen stellen den Gesamtstundenumfang der letzten maximal drei abgeschlossenen PT, gegliedert nach PP mit und ohne Erfahrung, dar.

	PP MIT Erfahrung		PP ohne Erfahrung
	Mit IM	Ohne IM	Ohne IM
Gesamtstundenumfang	n=40 M=50,1 (SD=79,1) Min=2 , Max=367	n=50 M=49,9 (SD=44,3) Min=4 , Max=253	n=83 M=54,4 (SD=51,4) Min=1 , Max=282
VT	n=28 M=33,6 (SD=32,9) Min=5 , Max=173	n=33 M=32,3 (SD=16,1) Min=4 , Max=75	n=55 M=38,5 (SD=18,6) Min=1 , Max=83
AT	n=5 M=121,0 (SD=134,8) Min=15 , Max=340	n=7 M=129,3 (SD=65,6) Min=60 , Max=253	n=13 M=137,2 (SD=81,0) Min=19 , Max=282
TP	n=10 M=114,8 (SD=132,8) Min=15 , Max=367	n=16 M=91,7 (SD=55,9) Min=27 , Max=253	n=24 M=101,6 (SD=72,5) Min=3 , Max=282

Tab. 11: angegebener Gesamtstundenumfang differenziert nach Erfahrung und Therapieausrichtung

40 Personen, die bereits Erfahrung mit IM im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Arbeit haben, machten Angaben zum Gesamtumfang der letzten drei abgeschlossenen PT bei Menschen mit IM. Im Schnitt dauerte eine PT 50 Stunden ($SD=79,1$). Der minimale Gesamtstundenumfang betrug zwei, der maximale Gesamtstundenumfang 367 Stunden. 50 PP, die bereits Erfahrung mit IM im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Arbeit haben, machten Angaben zum Gesamtumfang der letzten drei abgeschlossenen PT bei Menschen ohne IM. Der Mittelwert der abgeschlossenen PT beträgt ebenfalls 50 Stunden ($SD=44,3$). Der minimale Gesamtstundenumfang ist mit vier, der maximale Gesamtstundenumfang mit 253 Stunden zu beziffern. Bei 83 befragten Personen, die im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Arbeit keine Erfahrung mit Menschen mit IM haben, dauerte eine psychotherapeutische Behandlung im Durchschnitt 54 Stunden ($SD=51,1$). Die minimale Gesamtstundenanzahl wurde mit einer, die maximale Gesamtstundenanzahl mit 282 Stunden beziffert.

33 PP, die verhaltenstherapeutisch arbeiten und Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM haben, machten Angaben zum Gesamtstundenumfang der letzten maximal drei abgeschlossenen PT bei Menschen ohne IM. Im Schnitt dauerte eine psychotherapeutische Behandlung 32,3 Behandlungsstunden ($SD= 16,1$). Die geringste Gesamtstundenanzahl einer abgeschlossenen psychotherapeutischen Behandlung betrug vier, die höchste Anzahl 75 Stunden. 28 PP, die verhaltenstherapeutisch arbeiten und Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM haben, machten Angaben zum Gesamtstundenumfang der letzten maximal drei abgeschlossenen PT bei Menschen mit IM. Im Schnitt dauerte eine psychotherapeutische Behandlung 33,6 Behandlungsstunden ($SD=32,9$). Die geringste Gesamtstundenanzahl einer abgeschlossenen psychotherapeutischen Behandlung betrug fünf, die höchste Anzahl 173 Stunden. 55 PP, die verhaltenstherapeutisch arbeiten und keine Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM haben, machten Angaben zum Gesamtstundenumfang der letzten maximal drei abgeschlossenen PT bei Menschen ohne IM. Im Schnitt dauerte eine psychotherapeutische Behandlung 38,5 Behandlungsstunden ($SD=18,6$). Die geringste Gesamtstundenanzahl einer abgeschlossenen psychotherapeutischen Behandlung betrug eine, die höchste Anzahl 83 Stunden.

Sieben PP, die analytisch arbeiten und Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM haben, machten Angaben zum Gesamtstundenumfang der letzten maximal drei abgeschlossenen PT bei Menschen ohne IM. Im Schnitt dauerte eine psychotherapeutische Behandlung 129,3 Behandlungsstunden ($SD=65,6$). Die geringste Gesamtstundenanzahl einer abgeschlossenen psychotherapeutischen Behandlung betrug 60, die höchste Anzahl 253 Stunden. Fünf PP, die analytisch arbeiten und Erfahrung in der

psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM haben, machten Angaben zum Gesamtstundenumfang der letzten maximal drei abgeschlossenen PT bei Menschen mit IM. Im Schnitt dauerte eine psychotherapeutische Behandlung 121 Behandlungsstunden (SD=134,8). Die geringste Gesamtstundenanzahl einer abgeschlossenen psychotherapeutischen Behandlung betrug 15, die höchste Anzahl 340 Stunden. 13 PP, die analytisch arbeiten und keine Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM haben, machten Angaben zum Gesamtstundenumfang der letzten maximal drei abgeschlossenen PT bei Menschen ohne IM. Im Schnitt dauerte eine psychotherapeutische Behandlung 135,2 Behandlungsstunden (SD=81). Die geringste Gesamtstundenanzahl einer abgeschlossenen psychotherapeutischen Behandlung betrug 19, die höchste Anzahl 282 Stunden.

16 PP, die tiefenpsychologisch orientiert arbeiten und Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM haben, machten Angaben zum Gesamtstundenumfang der letzten maximal drei abgeschlossenen PT bei Menschen ohne IM. Im Schnitt dauerte eine psychotherapeutische Behandlung 91,7 Behandlungsstunden (SD=55,9). Die geringste Gesamtstundenanzahl einer abgeschlossenen psychotherapeutischen Behandlung betrug 27, die höchste Anzahl 253 Stunden. Zehn PP, die tiefenpsychologisch orientiert arbeiten und Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM haben, machten Angaben zum Gesamtstundenumfang der letzten maximal drei abgeschlossenen PT bei Menschen mit IM. Im Schnitt dauerte eine psychotherapeutische Behandlung 114,8 Behandlungsstunden (SD=132,8). Die geringste Gesamtstundenanzahl einer abgeschlossenen psychotherapeutischen Behandlung betrug 15, die höchste Anzahl 367 Stunden. 24 PP, die tiefenpsychologisch orientiert arbeiten und keine Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM haben, machten Angaben zum Gesamtstundenumfang der letzten maximal drei abgeschlossenen PT bei Menschen ohne IM. Im Schnitt dauerte eine psychotherapeutische Behandlung 101,6 Behandlungsstunden (SD=72,5). Die geringste Gesamtstundenanzahl einer abgeschlossenen psychotherapeutischen Behandlung betrug drei, die höchste Anzahl 282 Stunden.

Schnittstellenkontakte

Die befragten PP machten Angaben zu möglichen Schnittstellen während der psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Menschen mit IM.

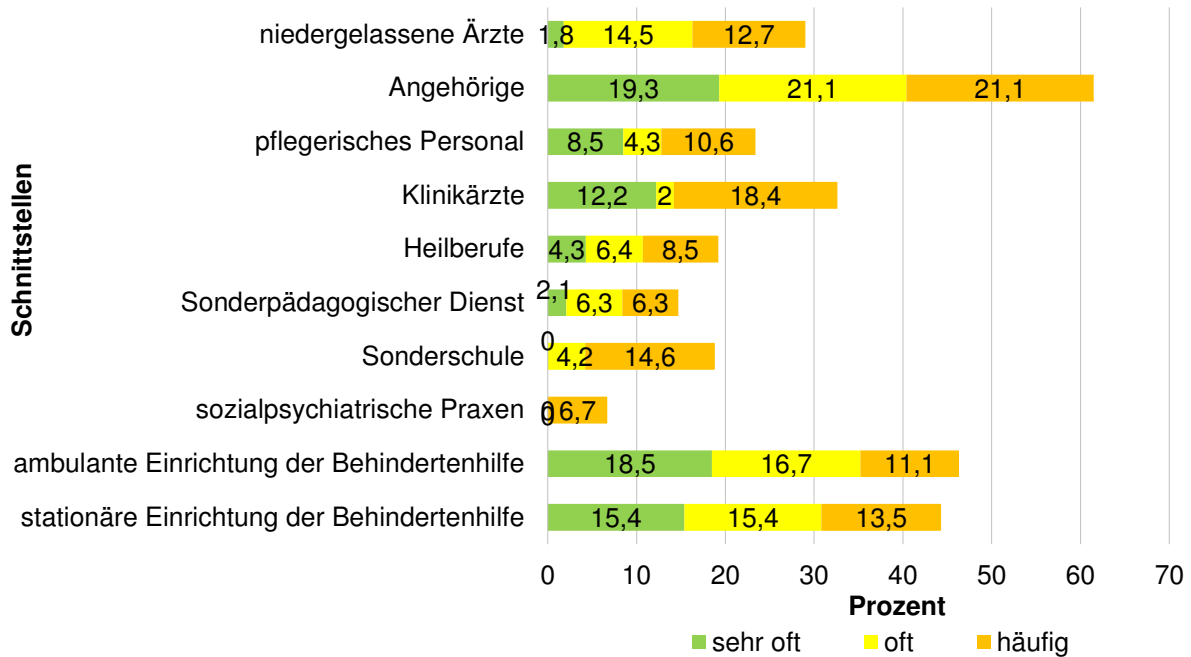


Abb. 22: Häufigkeit der Schnittstellenkontakte

55 Personen beantworteten die Frage nach Schnittstellen mit niedergelassenen Ärzten. 12,7% (n=7) hatten häufig, 14,5% (n=8) oft und 1,8% (n=1) sehr oft Kontakt zu niedergelassenen Ärzten. 57 der befragten Personen machten Angaben zum Kontakt mit Angehörigen. 19,3% (n=11) haben sehr oft, 21,2% (n=12) oft und 21,2% (n=12) häufig Kontakt zu Angehörigen. 58 PP antworteten auf die Frage nach der Schnittstelle mit pädagogischem Personal. 19% (n=11) haben sehr oft, 34,5% (n=20) oft und 10,3% (n=6) häufig Kontakt zu pädagogischem Personal. Von 50 der Befragten haben 4% (n=2) sehr oft, 18% (n=9) oft Kontakt zu Heilpädagogen. Insgesamt 47 Personen machten Angaben zu Schnittstellen mit pflegerischem Personal. 8,5% (n=4) haben sehr oft, 4,3% (n=2) oft, 10,6% (n=5) häufig Kontakt zu pflegerischem Personal. 49 Personen antworteten auf die Frage nach der Schnittstelle mit Klinikärzten. 12,2% (n=6) haben sehr oft, 2% (n=1) oft, 18,4% (N=9) häufig Kontakt zu eben jenen. 47 Befragte beantworteten die Frage nach der Schnittstelle mit Heilberufen. 4,3% (n=2) haben sehr oft, 6,4% (n=3) oft, 8,5% (n=4) häufig Kontakt mit Heilberufen. 2,1% (n=1) der 48 Personen, die die Frage nach Kontakten mit sonderpädagogischen Diensten beantwortet haben, haben sehr oft, jeweils 6,3% (n=3) oft bzw. häufig Kontakt. 4,2% (n=2) der 48 PP, welche die Frage nach Schnittstellen mit Sonderschulen beantworteten, haben oft Kontakt zu Sonderschulen. 14,6% (n=7) haben häufig Kontakt. Zu sozialpsychiatrischen Praxen haben 6,7% (n=3) häufig Kontakt.

Insgesamt 54 Personen beantworteten die Frage nach Schnittstellen mit ambulanten Einrichtungen der Behindertenhilfe. 18,5% (n=10) haben sehr oft, 16,7% (n=9) oft und 11,1% (n=6) häufig Kontakt. Jeweils 15,4% (n=8) der 52 Personen, die Angaben zu Schnittstellen mit stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe machten, haben sehr oft bzw. oft Kontakt, 13,5% (n=7) häufig.

diagnostische Verfahren im Rahmen psychotherapeutischer Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

61 PP beantworteten die Frage nach durchgeführten diagnostischen Verfahren im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit IM.

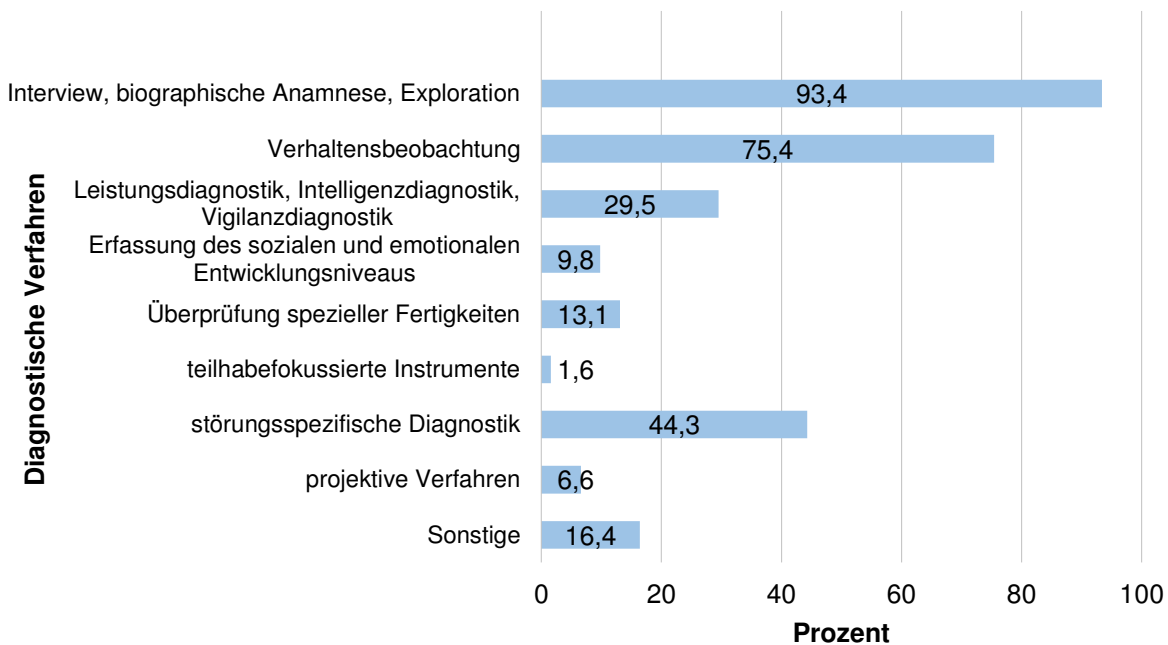


Abb. 23: angewandte diagnostische Verfahren

93,4% (n=57) der befragten Personen gaben an, Interviews zu führen, eine biographische Anamnese zu erheben oder zu explorieren. 75,4% (n=46) der PP nutzen die Verhaltensbeobachtung als diagnostisches Verfahren. Eine Leistungs-, Intelligenz- oder Vigilanzdiagnostik wird von 29,5% (n=18) durchgeführt. 9,8% (n=6) erfassen im Rahmen der Diagnostik das soziale und emotionale Entwicklungsniveau sowie adaptive Kompetenzen. 13,1% (n=8) überprüfen spezifische Fertigkeiten, wie beispielsweise Gedächtnis, Konzentration oder Sprache. Teilhabefokussierte Instrumente kommen bei einer befragten Person (1,6%) zum Einsatz. 44,3% (n=27) der Befragten setzen eine störungsspezifische Diagnostik ein. Projektive Verfahren nutzen vier PP (6,6%). Sonstige diagnostische Verfahren, wozu beispielsweise die Anamnese und das Interview mit Bezugspersonen, Problemanalysen mit Systembeteiligten, aber auch verschiedene Verfahren für Kinder zählen, werden von 16,4% (n=10) angewandt.

90,2% (n=55) halten den Einsatz diagnostischer Verfahren bei erwachsenen Menschen mit IM im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung für sinnvoll, 9,8% (n=6) empfinden dies als nicht sinnvoll.

Gründe für den fehlenden Einsatz spezifischer diagnostischer Verfahren

54 der insgesamt 61 befragten PP, die Menschen mit IM behandeln oder behandelt haben, antworteten auf die Frage nach Gründen für den Nicht-Einsatz spezifischer diagnostischer Verfahren bei Menschen mit IM.

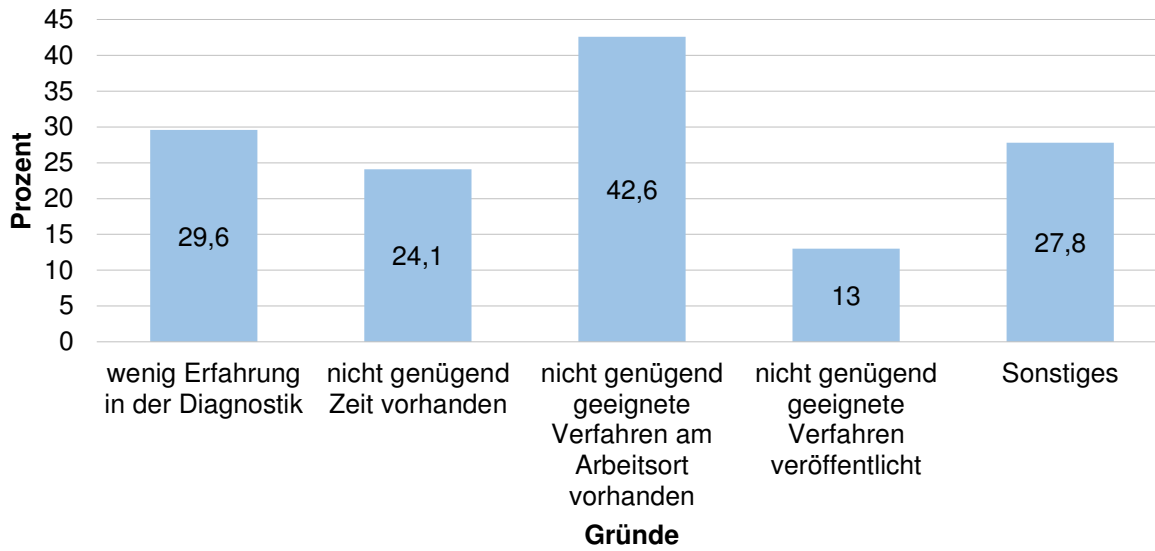


Abb. 24: Gründe für den fehlenden Einsatz diagnostischer Verfahren

29,6% (n=16) gaben an, wenig Erfahrung in der Diagnostik bei Menschen mit IM zu haben. 24,1% (n=13) nannten fehlende zeitliche Ressourcen, 42,6% (n=23) nicht genügend geeignete Verfahren am Arbeitsplatz und 13% (n=7) nicht genügend veröffentlichte Verfahren als Gründe. 27,8% (n=15) nannten sonstige Gründe, worunter z.B. bereits vorhandene Diagnostiken, fragliche Standardisierungen der Verfahren bei Menschen mit IM sowie die fehlende Selbstständigkeit der Patienten beim Ausfüllen von Fragebögen fallen. Die genaue Auflistung aller Nennungen, die unter Sonstiges aufgeführt wurden, findet sich als elektronische Datei im Anhang auf der beiliegenden CD.

Zusammenfassung der Ergebnisse zur aktuellen psychotherapeutischen Versorgungssituation erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

Die aktuelle psychotherapeutische Versorgungssituation wird von den befragten PP als mangelhaft (4,73) eingeschätzt. 76,1% der PP ohne Erfahrung und 69,5% der Psychotherapeuten mit Erfahrung schätzen die Versorgung als mangelhaft oder schlechter ein.

Das Verhältnis der befragten PP ohne Erfahrung zu den PP mit Erfahrung beträgt 40:60. 38,8% der verhaltenstherapeutisch arbeitenden Personen, 31,8% der analytisch arbeitenden Personen und 40% der tiefenpsychologisch arbeitenden Personen behandelt Menschen mit IM.

Es scheint ein Zusammenhang von früheren Erfahrungen mit Menschen mit IM im Rahmen des Zivildienstes oder von Praktika, im Rahmen von Studium oder Beruf sowie Erfahrungen in der Praxis mit der psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Menschen mit IM zu bestehen.

Wenn Menschen mit einer Form der IM psychotherapeutisch behandelt werden, sind dies oft Menschen mit einer leichten Form der IM. Mittelgradige Formen der IM werden selten, schwere und schwerste Formen der IM nie behandelt.

Zwei Drittel aller PT bei Menschen mit IM werden über die GKV, jeweils zehn Prozent über private Krankenkassen oder selbst finanziert. Knapp fünf Prozent werden über das Kostenerstattungsverfahren und 3,3% über Spenden getragen. 1,6% aller PT werden von den PP ehrenamtlich durchgeführt.

46 PP bekamen in den letzten 12 Monaten Anfragen für eine PT bei Menschen mit IM, ein PP hat diese Frage nicht beantwortet. 47 Therapeuten erhielten in den letzten 12 Monaten im Durchschnitt 4,3 Anfragen für eine psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit IM. In den letzten zwölf Monaten wurden im Durchschnitt 2,9 Patienten mit IM von 56 PP behandelt. Die Gesamtzahl der in den letzten 12 Monaten durchgeführten Behandlungsstunden bei Menschen mit IM betrug im Durchschnitt 53,8 Stunden. Die letzten maximal drei durchgeführten Therapien bei Menschen mit IM dauerten im Durchschnitt 50 Stunden. Der durchschnittlich geschätzte zeitliche Mehraufwand in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM beträgt 21,9%.

Pädagogisches Personal sowie Angehörige, Einrichtungen der Behindertenhilfe und teilweise auch Heilpädagogen sind die häufigsten Schnittstellen in der psychotherapeutischen Behandlung.

Im Rahmen der Diagnostik erwachsener Menschen mit IM werden hauptsächlich Interviews, biographische Anamnesen, Explorationen sowie Verhaltensbeobachtungen eingesetzt. Störungsspezifische Diagnostik wird manchmal genutzt. Wenn keine Diagnostik durchgeführt wird, wird dies vor allem mit dem nicht genügenden Vorhandensein geeigneter

Verfahren vor Ort, mit zu geringer Erfahrung der Therapeuten in der Diagnostik bei Menschen mit IM oder mit einem Mangel an Zeit begründet.

10.2 Unterschiede ambulanter und stationärer psychotherapeutischer Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

Es werden Ergebnisse dargestellt, die Aufschluss über mögliche Unterschiede ambulanter und stationärer psychotherapeutischer Versorgung erwachsener Menschen mit IM geben. Dazu zählen unter anderem die Orte, an denen Psychotherapeuten tätig sind sowie Stundenumfänge in der Behandlung im stationären und ambulanten Setting.

Haupttätigkeitsort der Psychotherapeuten

Die Antworten der 154 befragten PP zu ihrem Haupttätigkeitsort sowie ihrer Erfahrung mit Menschen mit IM in der psychotherapeutischen Arbeit konnten genutzt werden, um eine differenzierte Übersicht zu ambulanten und stationären Arbeitsfeldern zu ermöglichen.

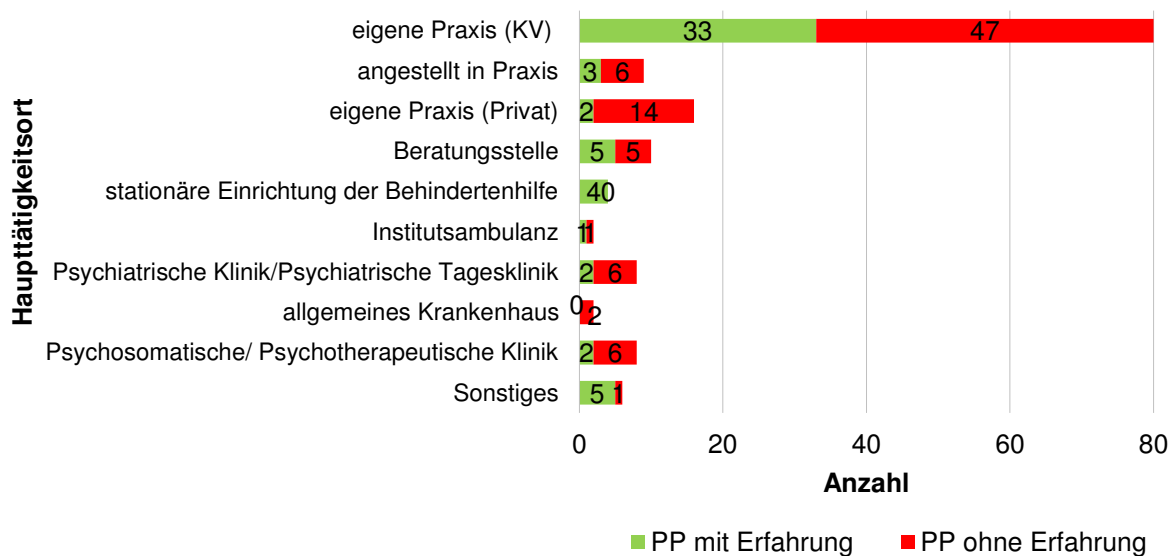


Abb. 25: Haupttätigkeitsort differenziert nach Erfahrung

33 Personen der insgesamt 154 PP (21,4%), welche den Fragebogen beantworteten haben, gaben an, in einer eigenen Praxis mit KV-Zulassung zu arbeiten und gleichzeitig Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit IM zu haben. 47 Personen mit KV-Zulassung (30,5%) gaben an, keine Erfahrung zu haben. Drei PP (1,9%), welche in einer Praxis angestellt sind, haben bereits Erfahrung mit Menschen mit IM gesammelt und sechs PP (3,9%) haben keine Erfahrung gesammelt. Zwei PP (1,3%), welche in einer eigenen Privatpraxis tätig sind, behandelten bereits Menschen mit IM und 14 PP (10,4%) behandelten keine Menschen mit IM. Jeweils fünf PP (3,2%) mit und ohne Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit IM sind in Beratungsstellen tätig. Vier PP (2,6%) mit Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit IM arbeiten in stationären Einrichtungen der

Behindertenhilfe. Jeweils ein PP (0,6%) mit und ohne Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit IM ist in Institutsambulanzen tätig. Zwei Personen (1,3%) aus psychiatrischen Tageskliniken oder psychiatrischen Kliniken gaben an, Erfahrung mit Menschen mit IM zu haben und sechs Personen (3,9%) haben keine Erfahrung in der Behandlung. Zwei PP (1,3%), welche in einem allgemeinen Krankenhaus tätig sind, behandeln keine Menschen mit IM. Zwei PP (1,3%), welche in Psychosomatischen bzw. Psychotherapeutischen Kliniken oder Rehabilitationskliniken angestellt sind, haben bereits Erfahrung mit Menschen mit IM und sechs PP (3,9%) haben keine Erfahrung gesammelt. Fünf PP (3,2%) arbeiten in anderen als den bereits genannten Tätigkeitsfeldern und haben dabei Menschen mit IM behandelt.

Tätigkeitsfelder der Psychotherapeuten

Die Tätigkeitsfelder Praxis (KV-Zulassung), angestellt in Praxis, Privatpraxis, Beratungsstelle und Institutsambulanz werden zu ambulant arbeitenden PP zusammengefasst (n=117). Die Tätigkeitsfelder stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe, Psychiatrische Klinik/Tagesklinik, Allgemeines Krankenhaus und Psychosomatische bzw. Psychotherapeutische Kliniken oder Rehabilitationskliniken werden zu stationär tätigen PP zusammengefasst (n=22). Insgesamt haben 145 PP diese Fragen beantwortet.

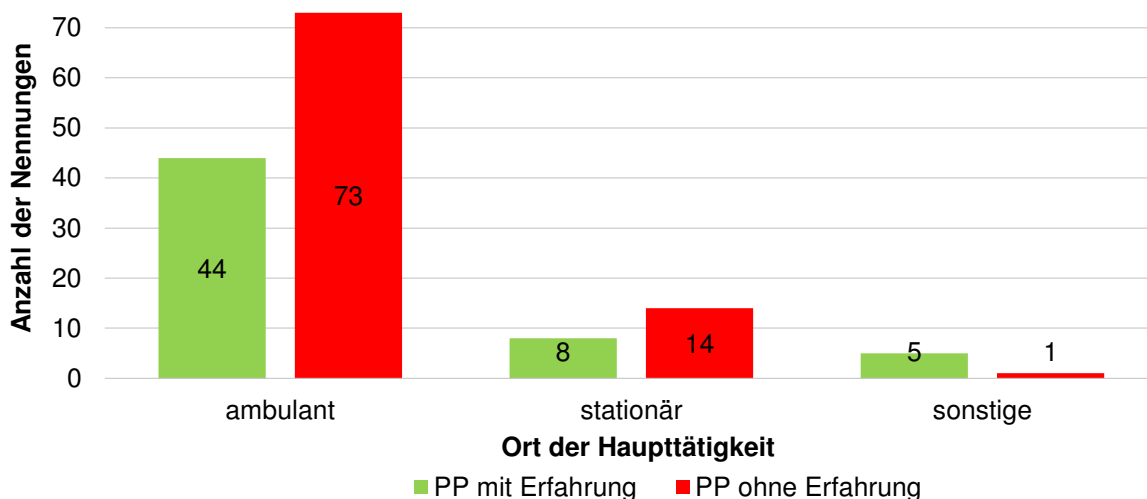


Abb. 26: Tätigkeitsfeld differenziert nach Erfahrung

Von den ambulant tätigen PP gaben 44 Personen (30,3%) Erfahrung in der Behandlung und 73 (50,3%) keine Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit IM an. Von den stationär tätigen PP haben acht Personen (5,5%) Menschen mit IM behandelt und 14 (9,7%) haben keine Erfahrung bei der Behandlung von Menschen mit IM. Bei der Untersuchung des Zusammenhangs scheint es zwischen dem Arbeitsort und der Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit IM keinen nachweisbaren Zusammenhang zu geben ($\chi^2 = ,012$; $p = ,912$).

Behandlungsdauer erwachsener Menschen mit IM im ambulanten und stationären Setting

35 Personen haben sowohl die Frage nach dem Haupttätigkeitsort, als auch die Frage nach den Gesamtstundenumfang bei der psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit IM beantwortet. 30 werden dem ambulanten Setting und fünf dem stationären Setting zugeordnet.

		N	Mittelwert	Standardabweichung
Gesamtstundenumfang mit IM	ambulant	30	53,9	86,4
	stationär	5	51,0	70,6

Tab. 12: durchschnittlicher Behandlungsstundenumfang erwachsener Menschen mit IM

Bei der psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Menschen mit IM im ambulanten Bereich werden im arithmetischen Mittel 53,94 Stunden (SD=86,4) benötigt. Die Behandlung von Menschen mit IM im stationären Kontext benötigt im Durchschnitt 51,0 Stunden (SD=70,6).

Zusammenfassung der Ergebnisse

80 der befragten 154 PP arbeiten in einer eigenen Praxis mit KV-Zulassung. Dies ist der meist genannte Behandlungsort, sowohl bei der Gruppe der Personen mit Erfahrung in der Behandlung, als auch der Personen ohne Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit IM. Bei der vorliegenden Fragebogenerhebung behandeln PP Menschen mit IM häufiger im ambulanten Kontext (n=44) als im stationären Bereich (n=8). Der durchschnittliche Stundenumfang der Behandlung von Menschen mit IM im ambulanten und im stationären Kontext unterscheidet sich nicht.

10.3 Gründe nicht erfolgter psychotherapeutischer Behandlungen erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

Im folgenden Kapitel werden Ergebnisse, welche zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage erforderlich sind, dargestellt. Diese Forschungsfrage erfasst die Gründe einer Nicht-Behandlung erwachsener Menschen mit IM.

Dazu werden unter anderem Ergebnisse der Fragen zur Barrierefreiheit, zur Einstellung zur Durchführbarkeit von PT bei Menschen mit IM sowie die Einschätzung der eigenen Behandlungskompetenz hinsichtlich verschiedener Faktoren berücksichtigt. Weiterhin werden die Angaben zur Behandlungsbereitschaft hinsichtlich verschiedener anderer Einflussfaktoren, Gründe für eine Nichtbehandlung und Angaben zu

Erschwernissen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen.

Barrierefreiheit des Arbeitsplatzes

151 Personen beantworteten die Frage nach der Barrierefreiheit im Hinblick auf die räumlichen Gegebenheiten.

40,3% (n=62) aller 154 befragten Personen haben einen Arbeitsplatz, der hinsichtlich der räumlichen Gegebenheiten barrierefrei ist. 57,8% (n=89) haben keinen barrierefreien Arbeitsplatz. 1,9% (n=3) der 154 PP machten keine Angabe.

Barrierefreiheit und psychotherapeutische Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

Die Antworten von 151 der insgesamt 154 befragten PP konnten genutzt werden, um die Behandlung erwachsener Menschen mit IM im Hinblick auf barrierefreie Räumlichkeiten zu erfassen.

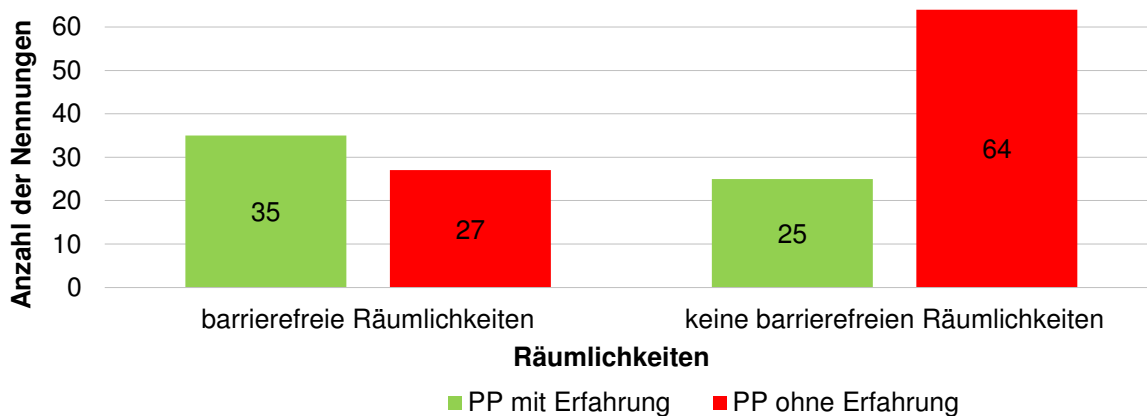


Abb. 27: Barrierefreiheit differenziert nach Behandlung

35 PP (23,2%), die Menschen mit IM behandeln, arbeiten in barrierefreien Räumlichkeiten. 25 Therapeuten (16,6%), die Erfahrung in der psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Menschen mit IM haben, arbeiten in nicht barrierefreien Räumlichkeiten. 27 PP (17,9%) ohne Erfahrung arbeiten in barrierefreien, 64 Therapeuten (42,4%) in nicht barrierefreien Räumlichkeiten. Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Behandlung erwachsener Menschen mit IM und der Arbeit in barrierefreien Räumlichkeiten ($\chi^2 = 12,275$; $p = ,000$).

Einstellung zur Durchführbarkeit von Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung unter Einbezug vorhandener Erfahrung

Alle 154 PP schätzten die Durchführbarkeit von PT bei Menschen mit IM ein.

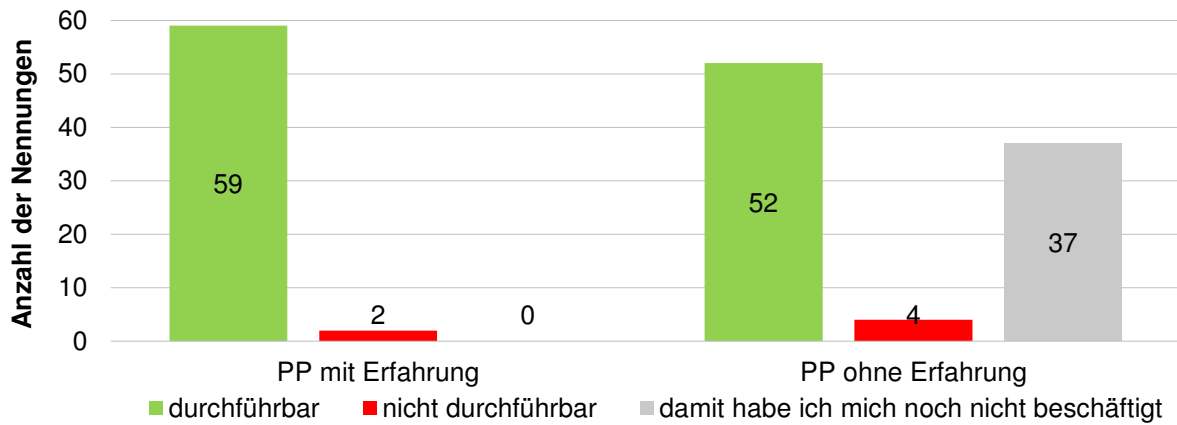


Abb. 28: Einschätzung zur Durchführbarkeit von Psychotherapie

59 der insgesamt 61 Personen (96,7%), die im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Arbeit Erfahrung mit Menschen mit IM gesammelt haben, halten PT bei diesem Klientel für durchführbar. Zwei Therapeuten (3,3%) erachteten PT bei Menschen mit IM als nicht sinnvoll. Von den 93 befragten Personen, die in ihrer bisherigen psychotherapeutischen Arbeit keine Erfahrung mit Menschen mit IM gemacht haben, halten 52 PT (55,9%) für durchführbar. Vier Personen (4,3%) schätzen die Durchführbarkeit von PT bei diesem Personenkreis als nicht möglich und 37 Personen (39,8%) haben sich darüber noch keine Gedanken gemacht.

Einschätzung der eigenen Behandlungskompetenz bezogen auf erwachsene Menschen mit Intelligenzminderung

152 der 154 befragten Therapeuten gaben an, wie kompetent sie sich in der psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Menschen mit IM fühlen. Zwei Personen machten diesbezüglich keine Angaben.

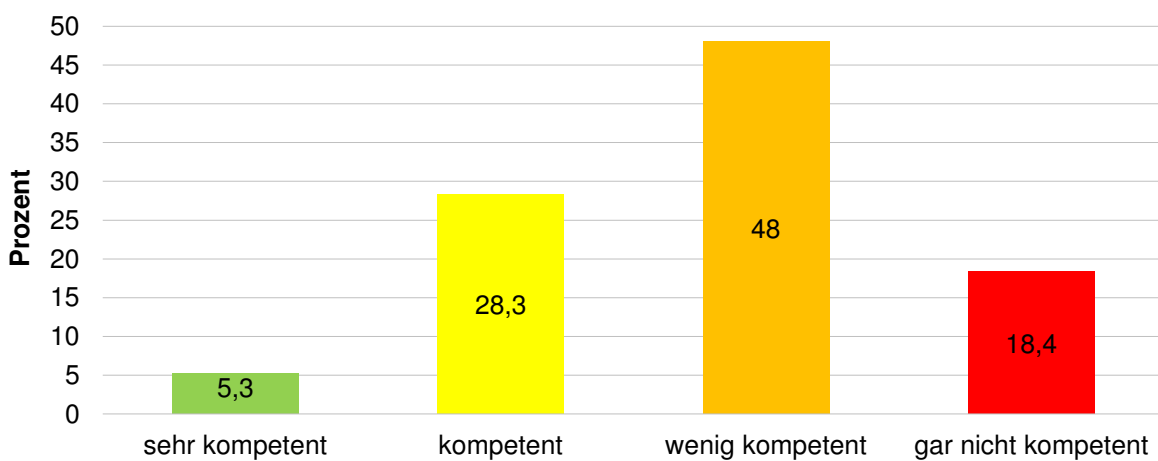


Abb. 29: Einschätzung eigener Behandlungskompetenz

5,3% (n=8) der 152 PP, die Angaben zu dieser Frage machten, fühlt sich in der Behandlung erwachsener Menschen mit IM sehr kompetent. 28,3% (n=43) erleben sich als kompetent, 48% (n=73) als wenig kompetent und 18,4% (n=28) als gar nicht kompetent.

Auswirkungen von Ausbildungsinhalten auf die Einschätzung der eigenen Kompetenz

Hinsichtlich der Frage nach einem Zusammenhang zwischen der Einschätzung der eigenen Kompetenz in der Behandlung von Menschen mit IM und Ausbildungsinhalten konnten die Angaben von 149 PP ausgewertet werden.

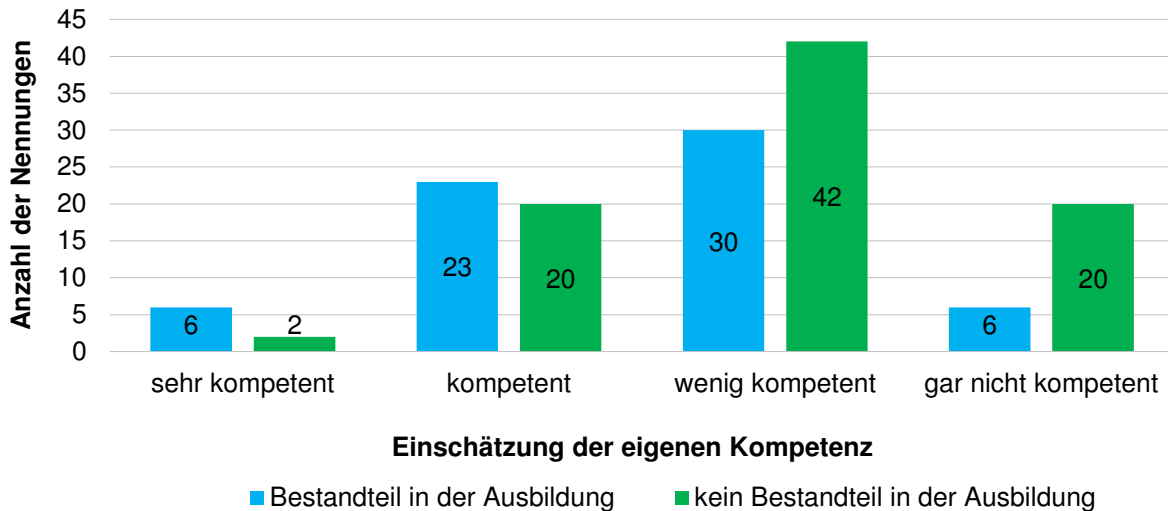


Abb. 30: Einschätzung der eigenen Kompetenz differenziert nach Inhalten in der Ausbildung

Bei sechs Personen (4%), die sich als sehr kompetent in der psychotherapeutischen Arbeit mit erwachsenen Menschen mit IM erleben, war das Thema Intelligenzminderung Bestandteil ihrer Ausbildung. Zwei Personen (1,3%), die diese Personengruppe nicht als Thema in der Ausbildung hatten, schätzen sich ebenfalls als sehr kompetent ein.

23 PP (15,4%), die in der Ausbildung das Thema Intelligenzminderung behandelten, fühlen sich kompetent. Dem gegenüber stehen 20 Therapeuten (13,4%), die sich als kompetent einschätzen und im Rahmen der Ausbildung Intelligenzminderung nicht als Inhalt hatten.

36 Personen (25,1%), die sich als wenig bis gar nicht kompetent einschätzen, hatten das Thema in der Ausbildung. 62 Befragte (41,6%) erfuhren während ihrer Ausbildung nichts über Intelligenzminderung und halten sich für nicht bis gar nicht kompetent.

Es scheint einen Zusammenhang zwischen der Einschätzung der eigenen Kompetenz in der Behandlung erwachsener Menschen mit IM und möglichen Inhalten zu diesem Thema während der Ausbildung zu geben ($\chi^2=9,479$; $p=0,024$).

Auswirkungen von Erfahrungen mit Menschen mit Intelligenzminderung auf die Einschätzung der eigenen Kompetenz

Es konnten 151 Angaben der befragten Personen zur Einschätzung der eigenen Kompetenz in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM und der bereits gesammelten Erfahrung mit Menschen mit IM ausgewertet werden.

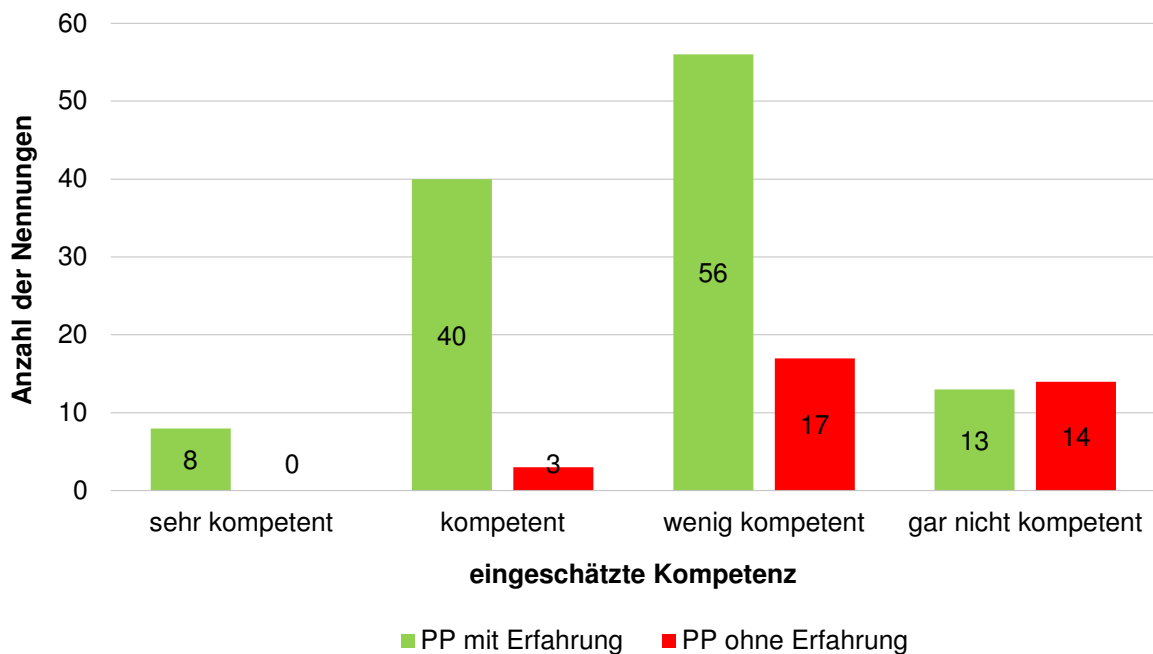


Abb. 31: Einschätzung der eigenen Kompetenz differenziert nach Erfahrung

Acht Personen (5,3%), die Erfahrung haben, schätzen sich in der Arbeit mit erwachsenen Menschen mit IM als sehr kompetent ein. Dagegen erlebt sich kein PP, der keine Erfahrung hat, als sehr kompetent.

40 PP mit Erfahrung (26,5%) erleben sich als kompetent in der Behandlung erwachsener Menschen mit IM; drei PP ohne Erfahrung (2,0%) schätzen sich ebenfalls als kompetent ein.

69 Befragte (45,7%), die bereits in irgendeiner Form Kontakt mit Menschen mit IM hatten, sehen sich wenig oder gar nicht kompetent in der Behandlung. 31 Personen (20,6%) ohne Erfahrung erleben sich ebenfalls als wenig bis gar nicht kompetent.

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einschätzung der eigenen Behandlungskompetenz und dem erlebten Kontakt mit Menschen mit IM ($\chi^2=21,619$; $p=,000$).

Behandlungsbereitschaft bezüglich erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

152 aller 154 befragten PP beantworteten die Frage zur eigenen Bereitschaft, Menschen mit IM zu behandeln. Zwei Personen machten keine Angaben.

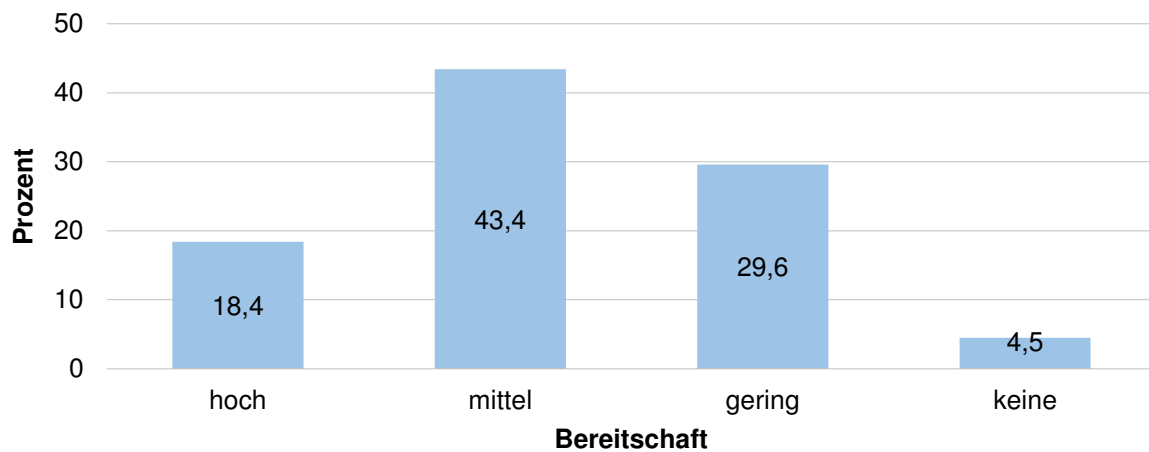


Abb. 32: Bereitschaft zur psychotherapeutischen Behandlung

18,4% (n=28) gaben eine hohe Bereitschaft zur psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Menschen mit IM an. 43,4% (n=66) führen eine durchschnittliche Bereitschaft, 29,6% (n=45) eine geringe Bereitschaft und 8,6% (n=13) keine Bereitschaft an.

Alter der Psychotherapeuten und Behandlungsbereitschaft

Es konnten die Antworten von 151 der 154 befragten PP hinsichtlich ihres Alters und der Bereitschaft, erwachsene Menschen mit IM psychotherapeutisch zu behandeln, ausgewertet werden.

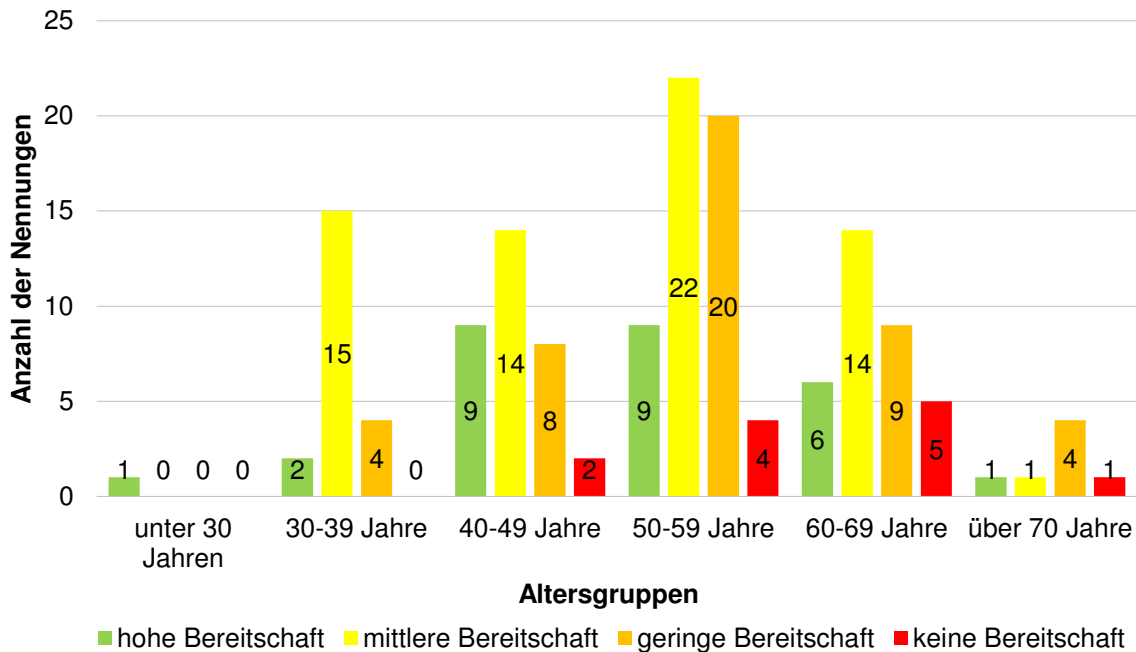


Abb. 33: Behandlungsbereitschaft differenziert nach Alter

Die Person unter 30 Jahren (0,7%) gibt eine hohe Behandlungsbereitschaft an.

In der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen nennen zwei Personen (1,3%) eine hohe, 15 Personen (9,9%) eine teilweise und vier Personen (2,6%) eine geringe Bereitschaft.

In der Altersgruppe der 40- bis 49-jährigen PP sagen neun Personen (6,0%), dass ihre Bereitschaft hoch sei. 14 Personen (9,3%) geben eine teilweise und acht PP (5,3%) eine geringe Bereitschaft zur Arbeit mit der Personengruppe an. Zwei PP (1,3%) sagen, dass keine Bereitschaft vorhanden ist, Menschen mit IM zu behandeln.

Die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen besteht aus neun PP, die eine hohe Bereitschaft angeben (6,0%). 22 Personen (14,6%) sprechen von einer teilweisen und 20 Personen (13,2%) von einer geringen Bereitschaft, Menschen mit IM zu therapieren. Vier Personen (2,6%) geben zur Antwort, dass sie zu einer PT bei diesem Personenkreis nicht bereit sind.

Sechs Personen (4,0%) der 60- bis 69-jährigen PP nennen eine hohe Bereitschaft, 14 Personen (9,3%) eine teilweise und neun Personen (6,0%) eine geringe Bereitschaft zur psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Menschen mit IM. Fünf Personen (3,3%) sprechen von keiner Behandlungsbereitschaft.

In der Gruppe der über 70-Jährigen gab jeweils ein Therapeut (0,7%) an, dass er eine hohe, eine teilweise und keine Bereitschaft zur Behandlung habe. Vier Personen (2,6%) nennen eine geringe Behandlungsbereitschaft.

Psychotherapieausrichtung und Behandlungsbereitschaft

Zur Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen der Bereitschaft, Menschen mit IM psychotherapeutisch zu behandeln und der jeweiligen Therapieausrichtung gibt, konnten Antworten von 101 verhaltenstherapeutisch arbeitenden, von 22 analytisch arbeitenden und von 44 tiefenpsychologisch arbeitenden PP ausgewertet werden. Mehrfachnennungen bei Therapieausrichtungen waren möglich.

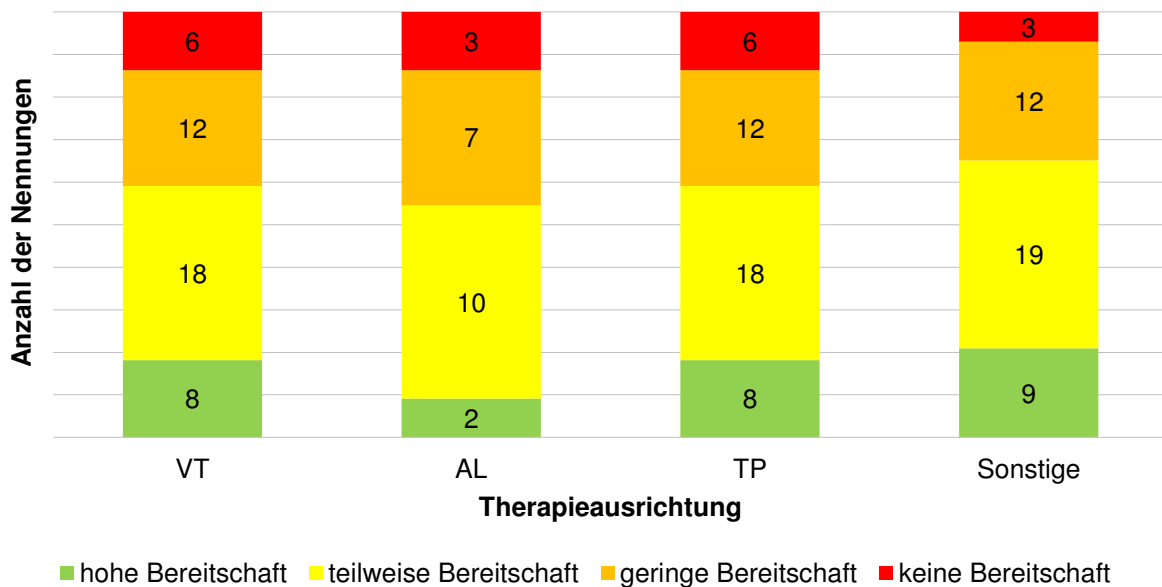


Abb. 34: Behandlungsbereitschaft differenziert nach Psychotherapieausrichtung

18 (17,8%) der insgesamt 101 Personen, die verhaltenstherapeutisch arbeiten, geben eine hohe Bereitschaft, 46 Personen (45,5%) eine teilweise und 30 Personen (29,7%) eine geringe Bereitschaft an. Sieben Personen (6,9%) sind nicht zur Behandlung erwachsener Menschen mit IM bereit.

Zwei (9,1%) der insgesamt 22 Therapeuten, die analytisch arbeiten, geben eine hohe Bereitschaft an. Zehn Befragte (45,5%) nennen eine teilweise und weitere zehn Befragte (45,4%) eine geringe oder keine Bereitschaft.

44 Therapeuten, die tiefenpsychologisch orientiert arbeiten, machten Angaben. Acht Personen (18,2%) nennen eine hohe, 18 Personen (40,9%) eine teilweise und zwölf Personen (27,3%) eine geringe Bereitschaft. Sechs Personen (13,6%) sind nicht bereit, Menschen mit IM psychotherapeutisch zu behandeln.

43 Personen, die sonstige Therapieausrichtungen nannten, äußern sich zur ihrer Bereitschaft, Menschen mit IM zu therapieren. Neun Therapeuten (20,9%) sagen, dass sie bereit sind, diese Personengruppe zu behandeln. 19 Personen (44,2%) sind teilweise bereit und zwölf Personen (27,9%) sind gering bereit. Drei Personen (7,0%) sind gar nicht bereit, psychotherapeutisch mit intelligenzgeminderten Erwachsenen zu arbeiten.

Ausbildungsinhalte und Behandlungsbereitschaft

Zur Erfassung eines möglichen Zusammenhangs des Themas Intelligenzminderung in der Ausbildung und der Bereitschaft, Menschen mit IM psychotherapeutisch zu behandeln, konnten 149 Angaben ausgewertet werden.

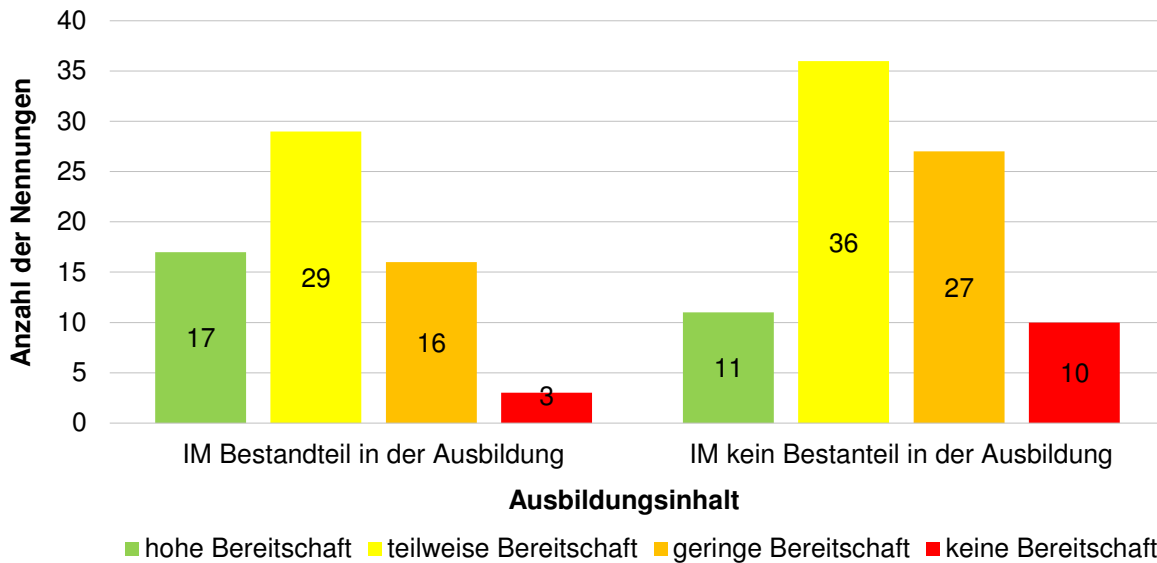


Abb. 35: Behandlungsbereitschaft differenziert nach Ausbildungsinhalt

17 der insgesamt 65 PP (26,2%), die während ihrer Ausbildung das Thema Intelligenzminderung vermittelt bekamen, geben eine hohe Bereitschaft zur Behandlung erwachsener Menschen mit IM an. 29 Personen (44,6%) nennen eine teilweise und 16 Personen (24,6%) eine geringe Bereitschaft. Drei Personen (4,6%) sind nicht bereit, diese Personengruppe zu behandeln.

Elf der insgesamt 65 PP (13,1%), in deren Ausbildung Intelligenzminderung nicht behandelt wurde, geben eine hohe Bereitschaft zur Behandlung erwachsener Menschen mit IM an. 36 Personen (42,9%) nennen eine teilweise und 27 Personen (32,1%) eine geringe Bereitschaft. Zehn Personen (11,9%) sind nicht bereit, diese Personengruppe zu behandeln.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Behandlung des Themas während der Ausbildung und der Bereitschaft, mit Menschen mit IM zu arbeiten ($\chi^2 = 6,302$; $p = ,098$).

Erfahrung mit Menschen mit Intelligenzminderung und Behandlungsbereitschaft

Zur Erfassung eines Zusammenhangs zwischen der Erfahrung mit Menschen mit IM und der Bereitschaft, mit Menschen mit IM psychotherapeutisch zu arbeiten, wurden 151 Antworten ausgewertet.

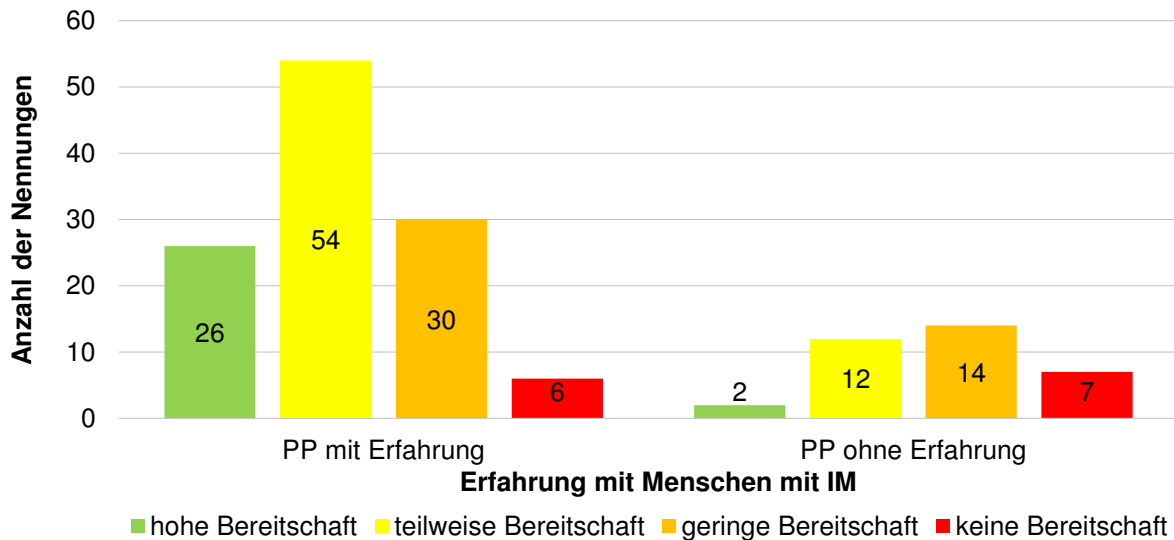


Abb. 36: Erfahrung und Behandlungsbereitschaft

26 der insgesamt 116 Therapeuten (22,4%) mit Erfahrung mit Menschen mit IM sind bereit, diese psychotherapeutisch zu behandeln. 54 Therapeuten (46,6%) sind dazu teilweise und 30 Therapeuten (25,9%) wenig bereit. Sechs PP (5,2%) geben an, keine Bereitschaft zur psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM zu haben.

Zwei der 35 PP (5,7%) ohne Erfahrung mit Menschen mit IM geben an, zur Therapie dieser Personengruppe bereit zu sein. Zwölf Therapeuten (34,3%) sind teilweise und 14 Therapeuten (40,0%) wenig dazu bereit. Sieben Therapeuten (20,0%) geben keine Bereitschaft an.

Es kann ein Zusammenhang zwischen der Erfahrung mit Menschen mit IM und der Bereitschaft, mit Menschen mit IM psychotherapeutisch zu arbeiten angenommen werden ($\chi^2=13,680$; $p=,003$).

Einschätzung der Durchführbarkeit von Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung und Behandlungsbereitschaft

Zur Verteilung und Differenzierung der Einschätzung, ob PT bei Menschen mit IM möglich ist, und der Motivation, mit diesen Menschen psychotherapeutisch zu arbeiten, wurden 152 Antworten ausgewertet.

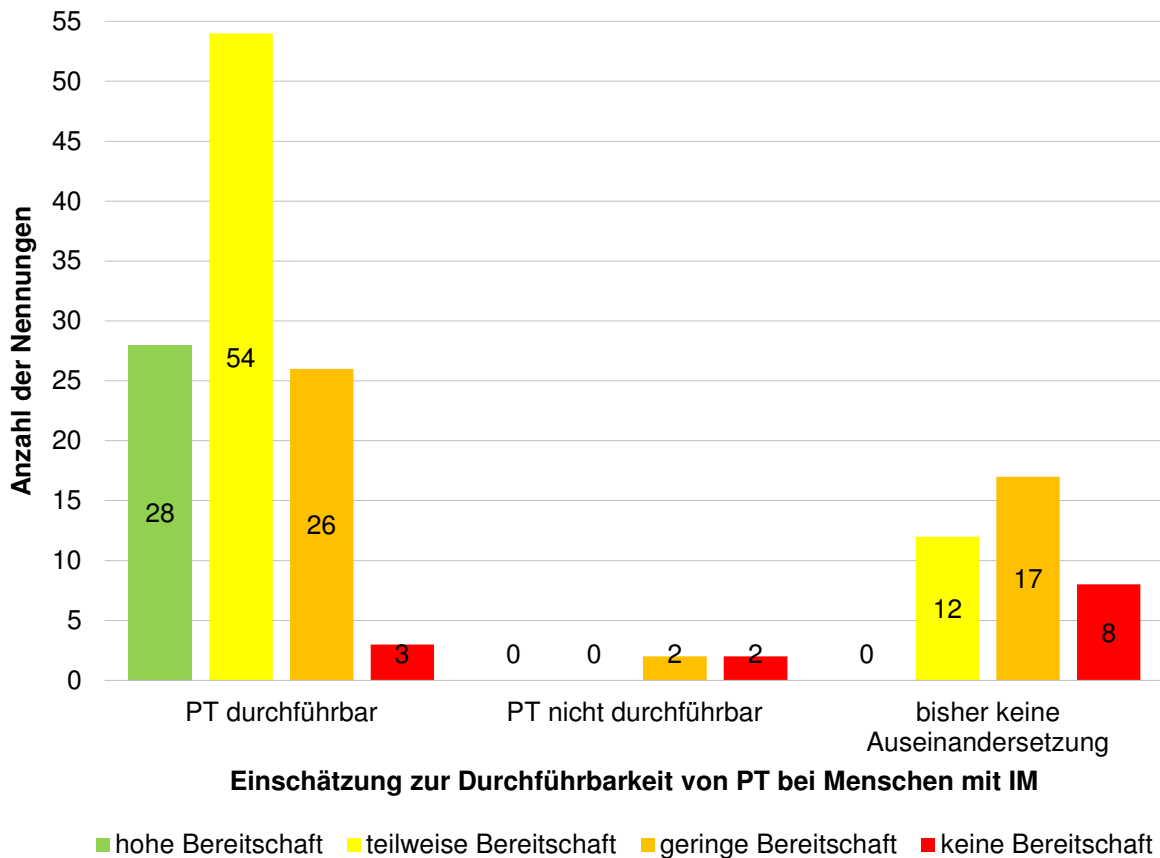


Abb. 37: Durchführbarkeit von Psychotherapie differenziert nach Motivation

28 der 111 (25,2%) auswertbaren Antworten der Therapeuten, die PT bei Menschen mit IM für durchführbar halten, nennen eine hohe Bereitschaft mit der Personengruppe psychotherapeutisch zu arbeiten. 54 befragte Personen (48,6%) sprechen von einer teilweisen und 26 Personen (23,4%) von einer geringen Motivation. Drei PP (2,7%) haben keine Motivation.

Je zwei der insgesamt vier Personen (50,0%), die PT bei dieser speziellen Personengruppe für nicht durchführbar hält, haben eine geringe oder keine Motivation mit diesen Personen zu arbeiten.

37 befragte Personen haben sich noch nicht mit dem Thema beschäftigt. Von diesen geben zwölf Therapeuten (32,4%) eine teilweise, 17 Therapeuten (45,9%) eine geringe und acht Therapeuten (21,6%) keine Bereitschaft an.

Gründe ausbleibender psychotherapeutischer Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

92 der 93 befragten PP, die keine Menschen mit IM behandeln, beantworteten die Frage nach den Gründen, warum sie keine Menschen mit IM behandeln. Mehrfachnennungen waren möglich.

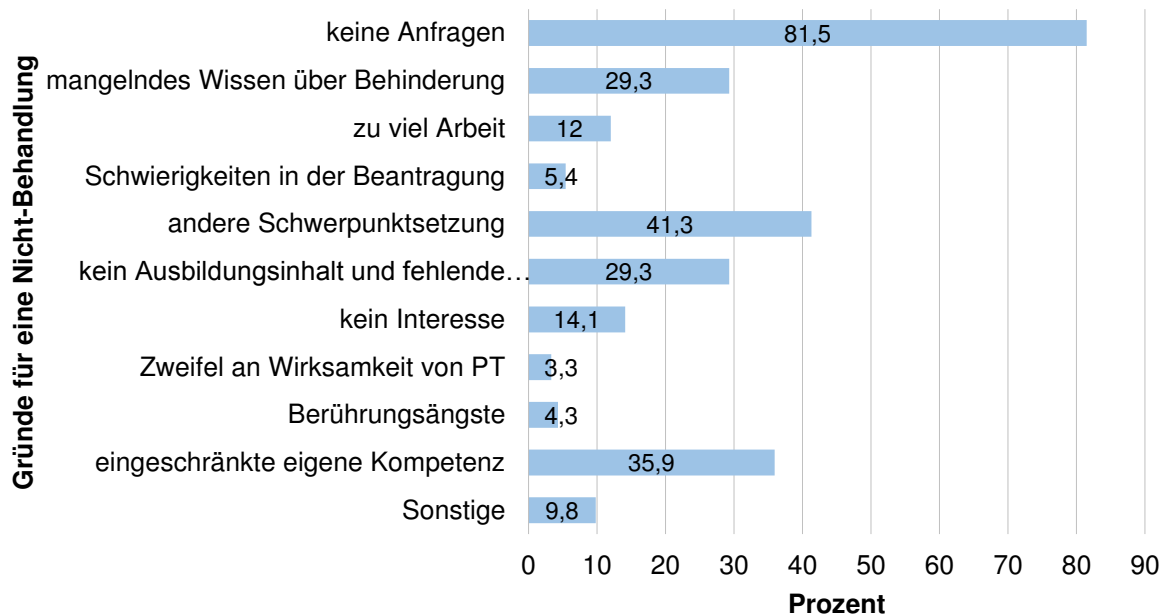


Abb. 38: Gründe ausbleibender Behandlungen

81,5% (n=75) der 92 PP geben als Grund für die Nicht-Behandlung fehlende Anfragen an. 41,3% (n=38) nennen als Grund eine andere Schwerpunktsetzung, 35,9% (n=33) die eigene eingeschränkte Kompetenz, jeweils 29,3% (n=27) mangelndes Wissen und keine Ausbildungsinhalte bzw. fehlende Methoden. 14,1% (n=13) führen als Grund kein Interesse an diesem Thema, 12% (n=11) zu viel Arbeit, 5,4% (n=5) Schwierigkeiten in der Beantragung und 4,3% (n=4) Berührungsängste an. 3,3% (n=3) zweifeln an der Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung bei erwachsenen Menschen mit IM. 9,8% (n=9) nennen sonstige Gründe, wozu unter anderem das angedachte Setting oder der Arbeitsort zählen.

Gründe ausbleibender Behandlung und Behandlungsbereitschaft

Es wurden bei den PP, die keine Menschen mit IM behandeln oder behandelt haben, die Gründe für die Nichtbehandlung und die Bereitschaft, mit Menschen mit IM zu arbeiten, erhoben.

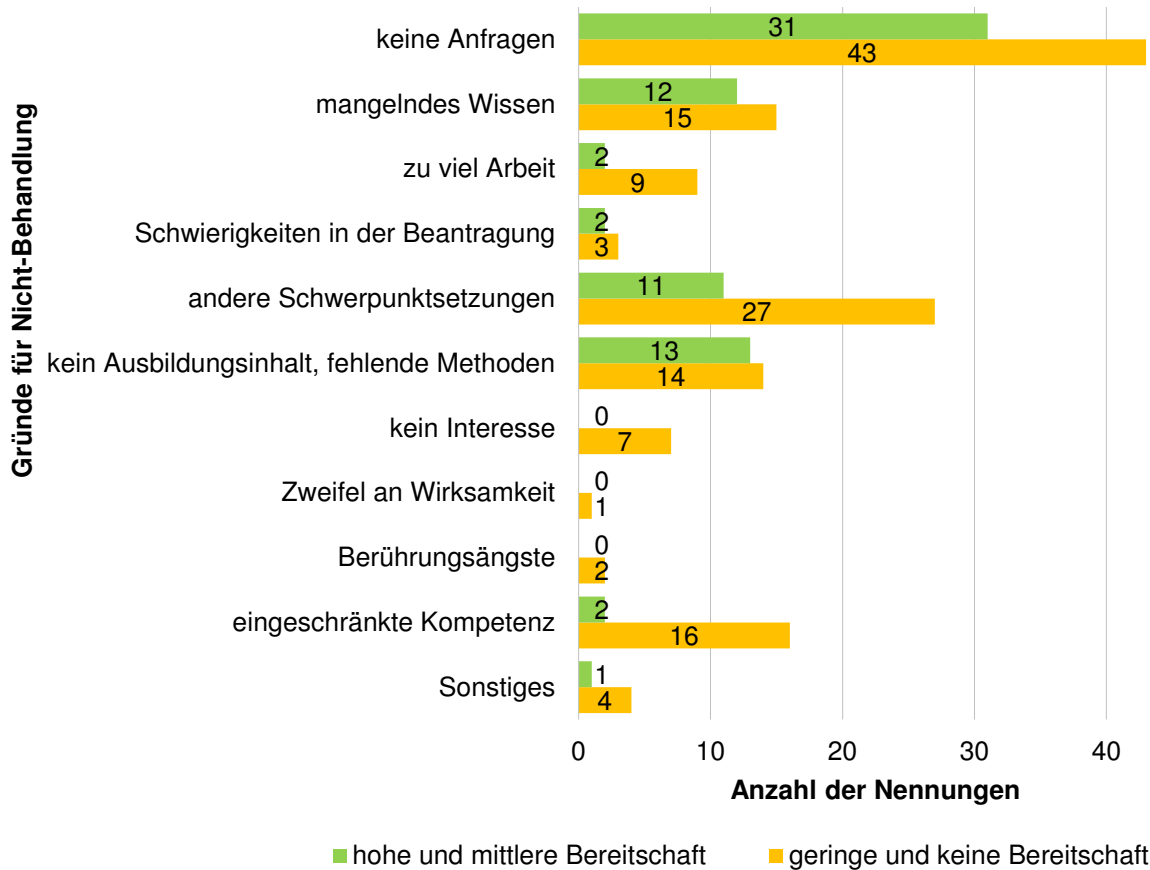


Abb. 39: Gründe ausbleibender Behandlung differenziert nach Behandlungsmotivation

74 PP geben fehlende Anfragen als Grund für die Nicht-Behandlung erwachsener Menschen mit IM an. 31 dieser 74 Therapeuten (41,9%) sprechen von einer hohen und mittleren und 43 Therapeuten (58,1%) von einer geringen bis nicht vorhandenen Motivation, diese Personengruppe zu behandeln.

27 Therapeuten nennen eigenes mangelndes Wissen über Behinderung als Grund einer Nicht-Behandlung. Zwölf der 27 Personen (44,4%) geben eine teilweise und 15 Personen (55,5%) eine geringe bis nicht vorhandene Motivation an.

Elf Befragte nennen zu viel Arbeit als Grund der Nicht-Behandlung. Zwei der elf Personen (18,2%) sprechen von einer mittleren und neun Personen (81,9%) von einer geringen bis nicht vorhandenen Motivation zur Behandlung.

Fünf befragte Personen geben als Grund für Nicht-Behandlungen Schwierigkeiten in der Beantragung von Therapien an. Zwei der fünf PP (40,0%) sind teilweise motiviert, Menschen mit IM therapeutisch zu behandeln. Drei Therapeuten geben eine geringe Bereitschaft zur Behandlung an.

38 Personen führen eine andere Schwerpunktsetzung in ihrer psychotherapeutischen Arbeit als Grund einer Nicht-Behandlung an. Elf dieser Personen (28,9%) nennen eine hohe und mittlere Motivation, Menschen mit IM therapeutisch zu behandeln. 27 Personen (71,1%) sprechen von einer geringen bzw. nicht vorhandenen Motivation.

Es konnten 27 Angaben zur Begründung der Nicht-Behandlung mit fehlenden Ausbildungsinhalten und Methoden und der Motivation, Menschen mit IM zu behandeln, ausgewertet werden. 13 Personen (48,1%), die das Thema Intelligenzminderung nicht im Rahmen ihrer Ausbildung hatten oder nicht behandeln, weil es keine geeigneten Methoden für dieses Klientel gibt, sind teilweise motiviert, Menschen mit IM zu behandeln. 14 Personen (51,8%) sind wenig und gar nicht motiviert.

Sieben der 13 PP (53,8%), die als Grund der Nicht-Behandlung kein Interesse angaben, haben eine geringe Motivation, Menschen mit IM psychotherapeutisch zu behandeln. Sechs der 13 Personen (46,2%) besitzen keine Bereitschaft, diese Klientel zu therapieren.

Jeweils einer von drei PP (33,3%), welche die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlung bei Menschen mit IM in Frage stellen, führen eine teilweise, eine geringe und keine Motivation zur Behandlung an.

Die Angaben von vier PP, welche Berührungsängste als Grund einer Nicht-Behandlung nennen und Auskünfte zu ihrer Behandlungsmotivation geben, konnten ausgewertet werden. Jeweils ein Therapeut (25%) spricht von einer teilweisen und keinen Motivation. Zwei Therapeuten (50%) haben eine geringe Motivation.

33 Personen führen die eigene eingeschränkte Kompetenz als Grund einer Nicht-Behandlung an. Zwölf dieser Personen (36,4%) nennen eine hohe und mittlere Motivation, Menschen mit IM therapeutisch zu behandeln. 21 Personen (63,7%) eine geringe oder keine Bereitschaft, mit Menschen mit IM zu arbeiten.

Jeweils vier von insgesamt neun PP (44,4%), welche sonstige Gründe zur Nicht-Behandlung nannten, führen eine teilweise bzw. eine geringe Motivation zur Behandlung an. Ein Therapeut (11,1%) spricht von einer hohen Behandlungsbereitschaft.

Erschwernisse in der psychotherapeutischen Arbeit mit erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung

Die PP schätzten die Bedeutung unterschiedlicher Erschwernisse in der PT bei erwachsenen Menschen mit IM ein.

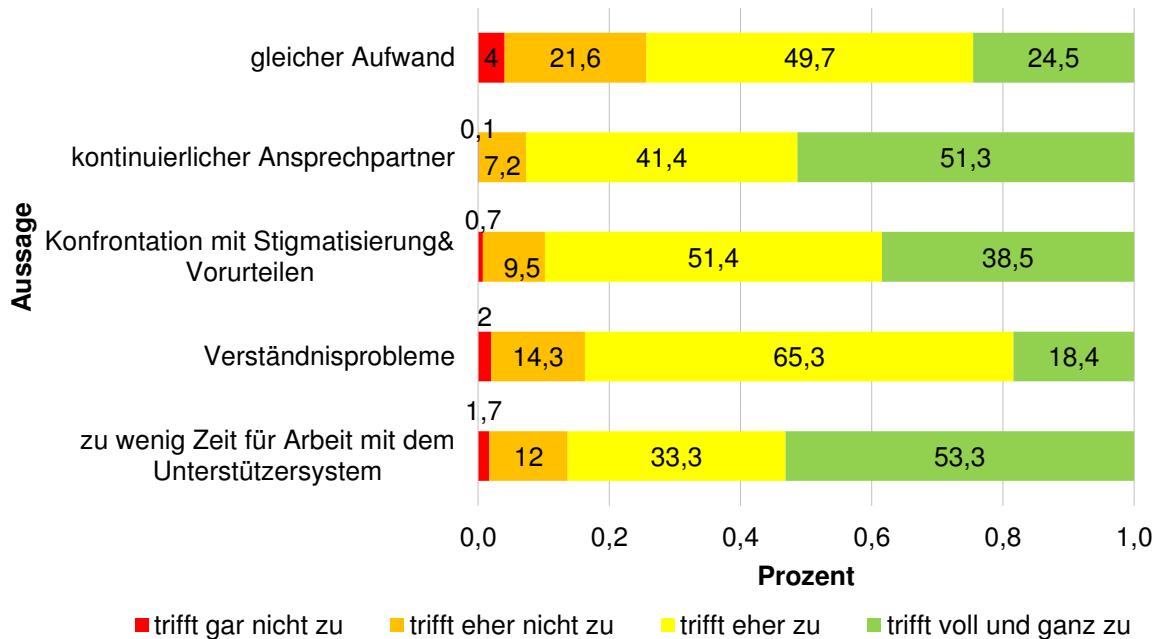


Abb. 40: potenzielle Erschwernisse

151 der 154 befragten Personen beantworteten die Annahme, dass die psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit IM mit mehr Aufwand verbunden ist. Drei PP machten keine Angabe. Vier Prozent (n=6) der PP glauben, dass die psychotherapeutische Behandlung erwachsener Menschen mit IM nicht mit mehr Aufwand verbunden ist. 21,9% (n=33) glauben, dass die Behandlung eher nicht an mehr Aufwand gekoppelt ist. 49,7% (n=75) der 151 Befragten stimmten der Aussage eher zu und 24,5% (n=37) stimmen der Aussage voll und ganz zu.

152 der befragten 154 PP bezogen Stellung zur der Aussage, dass ein kontinuierlicher Ansprechpartner bedeutsam für die psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit IM ist. Zwei Personen gaben keine Einschätzung ab. 51,3% (n=78) der PP stimmen der Aussage voll und ganz zu, dass ein kontinuierlicher Ansprechpartner wichtig in der psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit IM ist. 41,4% (n=63) geben der Annahme eher recht. 7,2% (n=11) der Befragten empfinden die Aussage als eher nicht zutreffend.

148 PP gaben ihre Einschätzung darüber ab, ob Menschen mit IM im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung mit Stigmatisierung und Vorurteilen konfrontiert sind. Sechs Personen machten keine Angaben. 0,7% (n=1) der Personen sind der Meinung, Menschen mit IM im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung nicht mit

Stigmatisierung und Vorurteilen konfrontiert sind. 9,5% (n=14) glauben, dass diese Personengruppe eher nicht von Vorurteilen der PP betroffen sind. 51,4% (n=76) denken, dass sie eher mit Stigmatisierung und Vorurteilen konfrontiert sind und 38,4% (n=57) stimmten der Aussage voll und ganz zu.

147 der 154 befragten PP bezogen Stellung zur der Aussage, dass Verständnisprobleme die psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit IM erschweren. 7 Personen äußerten sich nicht dazu. 18,4% (n=27) der PP stimmten der Aussage, dass Verständnisprobleme die psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit IM erschweren voll und ganz zu. 65,3% (n=96) stimmten dieser Annahme eher, 14,3% (n=21) eher nicht zu. 2% (n=3) glaubten nicht, dass Verständnisprobleme die Versorgung erschweren.

Insgesamt beantworteten 150 der 154 befragten Therapeuten die Annahme, dass zu wenige zeitliche Ressourcen für die Arbeit mit dem Unterstützersystem zur Verfügung stehen. 53,3% (n=80) der 150 PP stimmen der Aussage voll und ganz zu, dass zeitliche Ressourcen für die Zusammenarbeit mit dem Unterstützersystem zu gering sind. 33,3% (n=50) sind der Meinung, dass diese Annahme eher zutrifft. 12% (n=18) empfinden die Hypothese als eher nicht zutreffen und 1,3% (n=2) stimmen dieser gar nicht zu.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Mehr als die Hälfte der befragten PP arbeitet an einem Ort, der nicht barrierefrei ist. PP, die an Orten arbeiten, die räumlich keine Barrieren aufweisen, behandeln häufiger Menschen mit IM.

66,4% aller befragten PP hält sich selbst für wenig bis gar nicht kompetent, Menschen mit IM psychotherapeutisch zu behandeln. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Inhalten zu Intelligenzminderung, die in der Ausbildung vermittelt wurden und der Einschätzung der eigenen Kompetenz. 45,7% der PP, die Menschen mit IM behandeln, fühlen sich wenig bis gar nicht kompetent in der Therapie.

43,3% der befragten PP sind teilweise motiviert, Menschen mit IM zu behandeln. 38,2% der Therapeuten sind wenig bis gar nicht bereit, die spezielle Klientengruppe zu therapieren. 36,6% der PP, die verhaltenstherapeutisch arbeiten, sind wenig bis gar nicht bereit, Menschen mit IM psychotherapeutisch zu behandeln. Bei analytisch arbeitenden Therapeuten sind es 59% und bei tiefenpsychologisch-fundiert arbeitenden Therapeuten 40,9%, die wenig oder keine Motivation haben, mit diesem Klientel zu arbeiten. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Inhalten während der Ausbildung und der Bereitschaft, Menschen mit IM zu behandeln sowie zwischen bereits gemachten Erfahrungen und der Behandlungsbereitschaft.

111 Therapeuten halten PT bei Menschen mit IM grundsätzlich für durchführbar. Vier Therapeuten halten PT für nicht durchführbar. 37 Befragte haben sich mit dem Thema noch nicht auseinander gesetzt.

Gründe, warum Menschen mit IM nicht psychotherapeutisch behandelt werden, sind unter anderem fehlende Anfragen, eine andere Schwerpunktsetzung der Therapeuten, die eigene eingeschränkte Kompetenz in der Behandlung dieser Klientel, das mangelnde Wissen über Intelligenzminderung, die fehlende Thematisierung in der Ausbildung oder fehlende Methoden.

Über die Hälfte erachtet PP hält einen kontinuierlichen Ansprechpartner als wichtig. Weiterhin sprechen sie davon, dass zu wenig Zeit für die Arbeit mit dem Unterstützersystem zur Verfügung vorhanden ist. Etwas mehr als zwei Drittel der PP geht von einer Konfrontation der Menschen mit IM mit Stigmatisierung und Vorurteilen aus. Knapp die Hälfte sieht in der psychotherapeutischen Arbeit mit der Klientel einen zeitlichen Mehraufwand.

10.4 behandelte psychische Störungen, Verhaltensstörungen und Problembereiche erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

Zur Einschätzung dieser Fragestellung werden die Ergebnisse im Hinblick auf die behandelten psychischen Störungen und auf Verhaltensstörungen bzw. entsprechende Problembereiche dargestellt.

psychische Störungen erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

61 PP mit Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit IM machten Angaben zu den von ihnen behandelten Störungsgruppen bei Menschen mit IM.

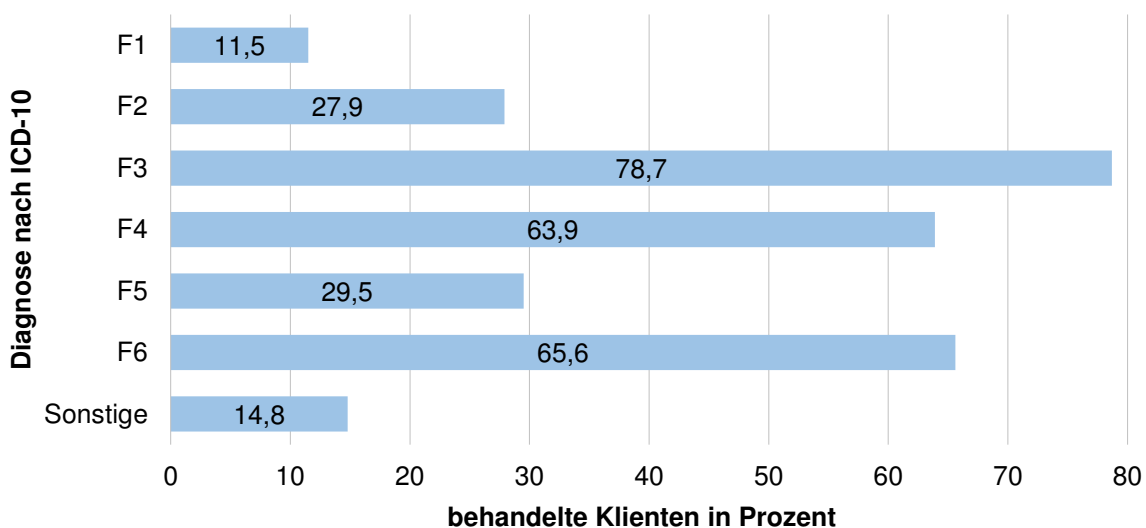


Abb. 41: behandelte psychische Störungen

11,5% der PP (n=7), die diesen Fragenabschnitt beantwortet haben, behandeln aktuell oder haben in der Vergangenheit die Diagnosengruppe F1 bei Menschen mit IM behandelt. 27,9% (n=17) behandelten bereits die Störungsgruppe F2, 78,7% (n=48) die Gruppe F3 und 63,9% (n=39) die Gruppe F4. F5 wurde von 29,5% (n=18) der PP behandelt. 65,6% (n=40) der Befragten gaben an, bei der Behandlung der Diagnosegruppe F6 Erfahrung gesammelt zu haben. 14,8% (n=9) der PP gaben Sonstiges an. Unter Sonstiges wurden beispielsweise Posttraumatische Belastungsstörungen, frühe Bindungsstörungen, Autismus-Spektrums Störungen oder Angststörungen genannt. Die gesamte Aufzählung kann als elektronische Datei im Anhang auf der beiliegenden CD eingesehen werden.

Anzahl behandelter psychischer Störungen erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

Nachfolgend wird die Anzahl der behandelnden PP und deren Patienten, klassifiziert nach ICD-10 Diagnosen, dargestellt.

	Anzahl PP	Summe der behandelten Patienten	Minimum behandelter Patienten	Maximum behandelter Patienten	Mittelwert
F1 behandelt in Anzahl	5	5	0	2	1,0
F2 behandelt in Anzahl	12	26	0	5	2,2
F3 behandelt in Anzahl	25	77	1	20	3,1
F4 behandelt in Anzahl	19	91	1	30	4,8
F5 behandelt in Anzahl	12	62	1	25	5,2
F6 behandelt in Anzahl	18	57	1	10	3,2
Sonstiges behandelt in Anzahl	6	21	1	10	3,5

Tab. 13: behandelte psychische Störungen nach ICD-10

Im Hinblick auf die Störungsgruppe F1 haben fünf der 61 PP mit Erfahrung in der Behandlung von erwachsenen Menschen mit IM in der Summe fünf Menschen behandelt, bei einem Minimum von keinem und einem Maximum von zwei Patienten ($M=1,0$; $SD=,7$). Zwölf PP betreuten 26 Menschen in der Diagnosegruppe F2, bei einem Minimum von null und einem Maximum von fünf ($M=2,2$; $SD=1,8$). Bezüglich der Gruppe F3 haben 25 der 61 befragten PP mit 77 Patienten mit einer IM gearbeitet. Hier wurde mindestens ein und maximal 20 Patienten therapiert ($M=3,1$; $SD=4,5$). 19 PP haben 91 Menschen mit IM aus der Diagnosegruppe F4, mit einem Minimum von eins und einem Maximum von 30 behandelt ($M=4,8$; $SD=7,1$). Zwölf der 61 PP betreuten 62 Menschen mit einer Diagnose aus der Gruppe F5. Dabei haben die PP mindestens eine Person behandelt, eine befragte Person hat 25 Patienten angegeben ($M=5,2$; $SD=6,8$). Im Hinblick auf Störungsgruppe F6 haben 18 PP insgesamt 57 Patienten betreut. Hierbei wurden im Minimum ein und im Maximum zehn Patienten pro Psychotherapeut behandelt ($M=57$; $SD=2,5$). Sechs der 61 PP mit Erfahrung behandelten 21 Patienten, deren psychische Störung nicht den Kategorien F1 bis F6 zugeordnet werden können. Hierbei wurden im Minimum ein und im Maximum zehn Patienten genannt ($M=3,5$; $SD=3,5$).

Verhaltensstörungen und Problembereiche erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

61 PP mit Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit IM machten Angaben zu den von ihnen behandelten Verhaltensstörungen und Problembereichen bei dieser Klientengruppe.

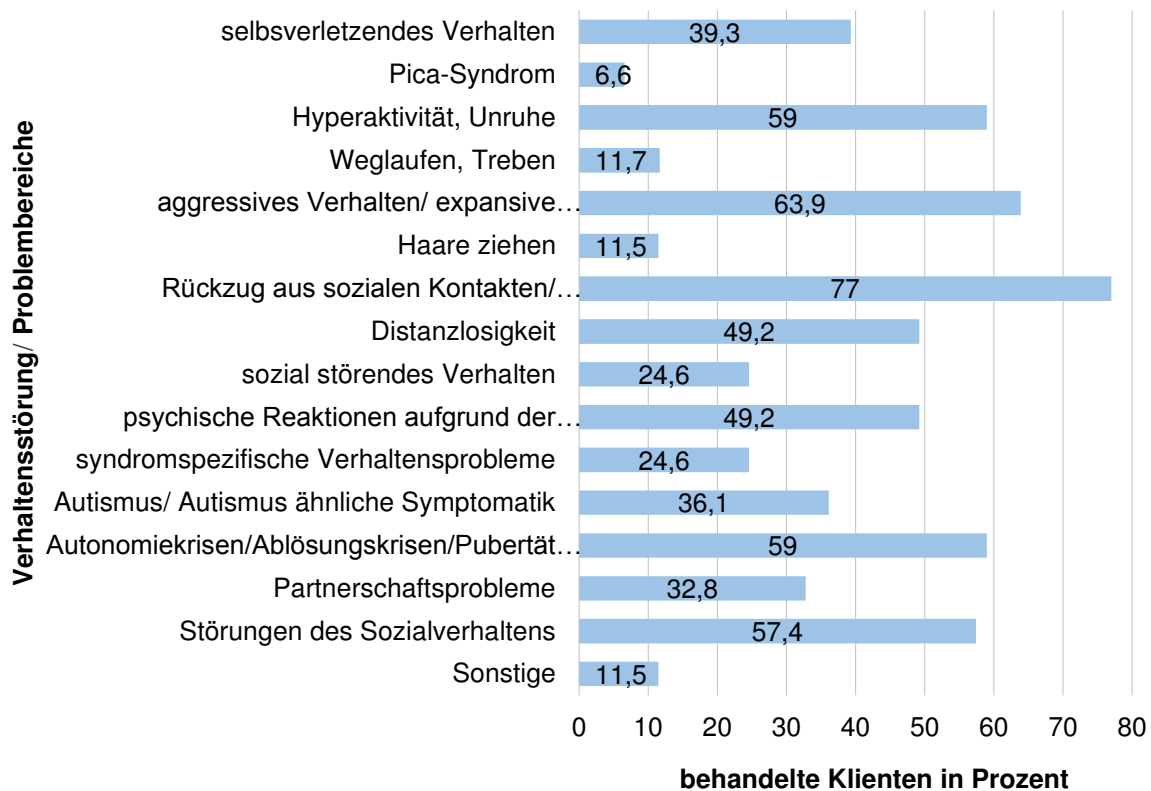


Abb. 42: Verhaltensstörungen und Problembereiche

Die meisten der insgesamt 61 PP (77%, n=47), die diesen Fragenabschnitt beantwortet haben, behandeln aktuell oder haben in der Vergangenheit Rückzug aus sozialen Kontakten bzw. Kontaktschwierigkeiten bei Menschen mit IM behandelt. Des Weiteren behandeln 63,9% (n=39) aggressives Verhalten bzw. expansive Verhaltensstörungen. Jeweils 59,0% (n=36) der PP, die diesen Fragenblock beantwortet haben, haben Erfahrung in der Behandlung von Autonomiekrisen, Ablösungskrisen bzw. Pubertätskrisen sowie von Hyperaktivität und Unruhe gesammelt. 57,4% (n=35) der PP mit Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit IM behandelten Störungen des Sozialverhaltens. Jeweils 49,2% (n=30) PP behandelten bereits psychische Reaktionen aufgrund begrenzter Kommunikations-, Kooperations- und Ausdrucksfähigkeit und auch aufgrund von Distanzlosigkeit. 39,3% (n=24) der PP geben an, selbstverleidendes Verhalten, 36,1% (n=22) Autismus bzw. Autismus ähnliche Symptome behandelt zu haben. Des Weiteren sind mit 32,8% (n=20) die Behandlung von Partnerschaftsproblemen, mit jeweils 24,6% (n=15) Syndrom spezifische Verhaltensprobleme und sozial störendes

Verhalten, mit 11,7% (n=7) Weglaufen bzw. Treiben, mit 11,5% (n=7) Haare ziehen und mit 6,6% (n=4) die Behandlung des Pica- Syndroms zu nennen.

Anzahl behandelter Verhaltensstörungen und Problembereiche erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

Nachfolgend wird die Anzahl der behandelnden PP und deren Patienten, klassifiziert nach Verhaltensstörungen und Problembereichen, dargestellt.

	Anzahl PP	Summe behandel-ter Patienten	Minimum behandel-ter Patienten	Maximum behandel-ter Patienten	Mittelwert
Syndrom spezifische Verhaltensprobleme behandelt in Anzahl	10	123	1	99	12,3
Hyperaktivität/Unruhe behandelt in Anzahl	19	128	1	70	6,7
aggressives Verhalten/ expansive Verhaltensstörung behandelt in Anzahl	20	134	1	80	6,7
sozial störendes Verhalten behandelt in Anzahl	8	53	1	40	6,6
Autismus bzw. Autismus- ähnliche Symptomatik behandelt in Anzahl	17	103	1	40	6,1
Selbstverletzendes Verhalten behandelt in Anzahl	15	80	1	40	5,3
Störungen des Sozialverhaltens behandelt in Anzahl	18	70	1	20	3,9
Autonomiekrisen/ Ablösungskrisen/ Pubertätskrisen behandelt in Anzahl	25	83	1	20	3,3
psychische Reaktionen aufgrund der begrenzten Kommunikations-, Kooperations-, und Ausdrucksfähigkeit behandelt in Anzahl	17	55	1	10	3,2

Rückzug aus sozialen Kontakten/ Kontaktschwierigkeiten behandelt in Anzahl	26	81	1	10	3,1
Partnerschaftsprobleme behandelt in Anzahl	14	39	1	12	2,8
Distanzlosigkeit behandelt in Anzahl	14	26	1	5	1,9
Haare ziehen behandelt in Anzahl	3	5	1	3	1,7
Pica-Syndrom behandelt in Anzahl	2	3	1	2	1,5
Weglaufen, Treben behandelt in Anzahl	3	3	1	1	1,0
Sonstiges behandelt in Anzahl	5	9	1	4	1,8

Tab. 14: Übersicht über behandelte Verhaltensstörungen und Problembereiche

Aus der Tabelle 14 ergibt sich unter anderem, dass zehn PP in der Summe 123 Menschen mit IM und komorbiden Syndrom spezifischen Verhaltensproblemen behandelt haben, bei minimal einem und maximal 99 Menschen mit IM ($M=12,3$; $SD=30,5$). Im Hinblick auf Hyperaktivität und Unruhe haben 19 der 61 PP mit Erfahrung in der Behandlung von erwachsenen Menschen mit IM in der Summe 128 Menschen betreut, bei minimal einem und höchstens 70 Patienten ($M=6,7$; $SD=15,7$). 20 Psychotherapeuten haben angegeben, Menschen mit aggressivem Verhalten bzw. mit expansiven Verhaltensstörungen zu behandeln. Insgesamt haben diese PP 134 Menschen, mindestens einen Patienten und maximal 80 Patienten pro PP ($M=6,7$; $SD=17,8$) behandelt. Im Hinblick auf sozial störendes Verhalten haben acht PP insgesamt 53 Menschen mit IM, bei mindestens einem Patienten und höchstens 40 Patienten ($M=6,6$; $SD=13,6$) psychotherapeutisch betreut. 17 PP gaben an, Menschen mit Autismus bzw. mit Autismus ähnlicher Symptomatik zu behandeln. Insgesamt behandelten diese PP 103 Menschen, bei mindestens einem Patienten und höchstens 40 pro PP ($M=6,1$; $SD=9,6$). 15 PP haben in der Summe 80 Menschen mit IM und komorbiden selbstverletzenden Verhaltensweisen, bei mindestens einem und höchstens 40 Patienten ($M=5,3$; $SD=10,0$), behandelt. Bezüglich der Störungen des Sozialverhaltens haben 18 der 61 befragten PP 70 Patienten mit einer IM behandelt. Hier wurden mindestens ein und höchstens 20 Patienten genannt ($M=3,9$; $SD=4,6$). 25 PP haben 83 Menschen mit IM bezüglich Autonomiekrisen, Ablösungskrisen und Pubertätskrisen, mit

einem Minimum von einem und einem Maximum von 20 behandelt ($M=3,3$; $SD=4,7$). 17 PP behandelten 55 Menschen mit einer psychischen Reaktion aufgrund ihrer begrenzten Kommunikations-, Kooperations-, und Ausdrucksfähigkeit. Dabei haben die PP mindestens eine Person behandelt, eine befragte Person nannte 55 behandelte Patienten ($M=3,2$; $SD=2,4$). Im Hinblick auf Rückzug aus sozialen Kontakten und Kontaktschwierigkeiten betreuten 26 PP insgesamt 81 Patienten. Hierbei wurden mindestens einer und höchstens zehn Patienten pro Psychotherapeut behandelt ($M=3,1$; $SD=2,7$). 14 PP behandelten in der Summe 39 Menschen mit IM und Partnerschaftsproblemen bei mindestens einem Patienten und höchstens zwölf Patienten ($M=2,8$; $SD=3,9$). Bezüglich Distanzlosigkeit behandelten 14 der 61 befragten PP 26 Patienten mit einer IM. Hier wurden mindestens ein und höchstens fünf Patienten genannt ($M=1,9$; $SD=1,2$). Vier PP therapierten fünf Menschen mit IM mit der Thematik des Haare Ziehens. Hier wurden mindestens ein und höchstens drei Patienten angegeben ($M=1,7$; $SD=1,2$). Zwei PP gaben an, in der Summe drei Patienten mit Pica-Syndrom behandelt zu haben. Dabei wurden mindestens eine Person und höchstens zwei Personen ($M=1,5$; $SD=0,7$) betreut. Im Hinblick auf Weglaufen bzw. Treiben behandelten drei PP insgesamt drei Patienten ($M=1,0$; $SD=0,0$). Fünf PP haben in der Summe neun weitere Patienten mit IM angegeben, die psychotherapeutisch betreut wurden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die PP in Ba-Wü behandeln bei erwachsenen Menschen mit IM häufig die Diagnosegruppen F3 (78,7%), F4 (63,9%) und F6 (65,6%) nach ICD-10. Bei einer entsprechenden Quantifizierung dieser Diagnosen wird deutlich, dass 25 PP insgesamt 77 Patienten aus der Diagnosegruppe F3, 19 PP in der Summe 91 Patienten mit einer Diagnose aus dem Bereich F4 und zwölf PP insgesamt 62 Patienten aus der Diagnosegruppe F5 behandeln.

Damit werden im Diagnosebereich F5 die meisten Patienten pro PP betreut. Bei den behandelten Verhaltensstörungen und Problembereichen bei erwachsenen Menschen mit IM kann zusammengefasst werden, dass alle eben genannten Bereiche von PP behandelt werden. Vorrangig werden von den befragten PP die Behandlung von Rückzug aus sozialen Kontakten bzw. Kontaktschwierigkeiten (77,0%), aggressives Verhalten bzw. expansive Verhaltensstörungen (63,9%), Autonomiekrisen, Ablösungskrisen, Pubertätskrisen (59,0%) sowie Hyperaktivität, Unruhe (59,0%) als Behandlungsgrund genannt. Bei der Quantifizierung wird das aggressive Verhalten bzw. die expansive Verhaltensstörung von 20 PP bei 134 Menschen mit IM als behandelt angegeben. Damit werden in diesem Bereich im Durchschnitt 6,7 Patienten pro Psychotherapeut ($SD=17,8$) betreut. Auch die Behandlung von Hyperaktivität bzw. von Unruhe wird bei insgesamt 128 Patienten von 19 PP übernommen. 24,6% der PP geben an, die Behandlung von Syndrom spezifischen

Verhaltensproblemen zu übernehmen. Die betreffenden zehn PP geben in der Quantifizierung an, insgesamt 123 Patienten in diesem Bereich zu betreuen. Das entspricht einer Verteilung von durchschnittlich 12,3 Klienten ($SD=30,5$) pro Therapeut.

10.5 Vorbereitung der Psychotherapeuten auf die Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in der Ausbildung

Zur Einschätzung der Fragestellung zur Vorbereitung der PP auf die Behandlung erwachsener Menschen mit IM wird die Frage nach dem Inhalt der Thematik der Intelligenzminderung in der gesamten Ausbildungsbiographie und anschließend im Hinblick auf Studium, PT-Ausbildung und Fortbildungen genauer betrachtet. In einem nachfolgenden Schritt wird die Frage beantwortet, ob die Behandlung des Themas Intelligenzminderung während der Ausbildung mit der späteren psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit IM in Zusammenhang steht.

Intelligenzminderung als Bestandteil in der Ausbildungsbiographie

151 PP machten Angaben zur Behandlung des Themas Intelligenzminderung im Rahmen ihrer Ausbildungsbiographie.

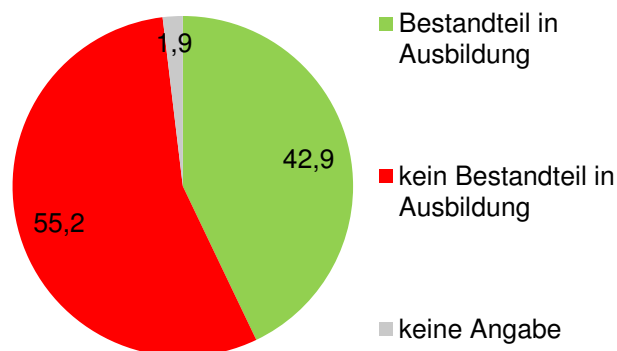


Abb. 43: Bestandteil in der Ausbildung allgemein

Es gaben 42,9% (n=66) an, dass das Thema Intelligenzminderung bereits in der Ausbildung gelehrt wurde. Dem gegenüber stehen 55,2% (n=85), bei denen das Thema Intelligenzminderung keinen Ausbildungsinhalt darstellte. Drei PP (1,9%) machten hierzu keine Angabe.

Intelligenzminderung als Bestandteil verschiedener Ausbildungsbereiche

151 PP machten Angaben bezüglich der Ausbildungsinhalte im Hinblick auf das Thema IM im Studium, in der PT-Ausbildung und in Fortbildungen.

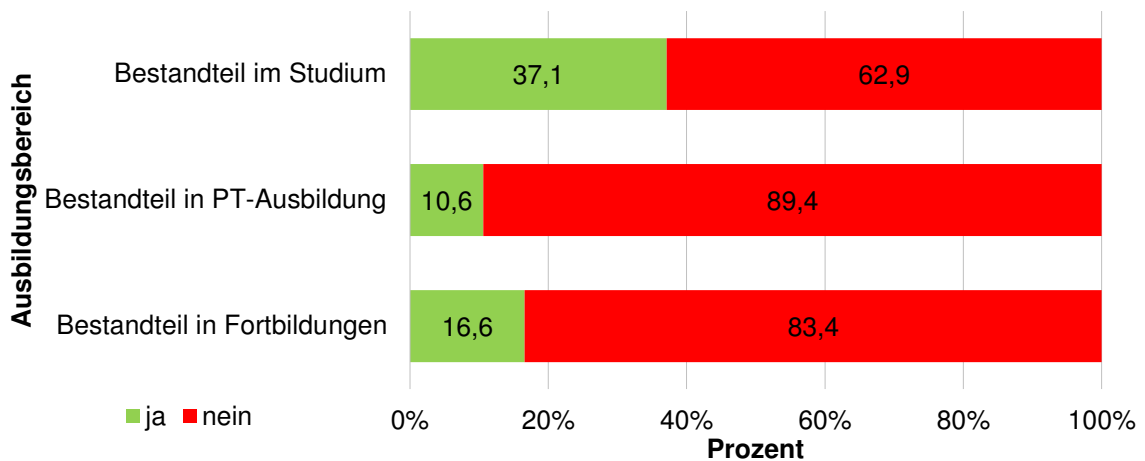


Abb. 44: Bestandteil in der Ausbildung differenziert nach Ausbildungsbereichen

37,1% (n=56) erarbeiteten in ihrem Studium Inhalte zum Thema IM. 10,6% (n=16) gaben an, dass IM Bestandteil ihrer PT-Ausbildung war. 16,6% (n=25) besuchten eine oder mehrere Fortbildungen, welche die Thematik IM beinhalteten.

Zusammenhang zwischen Ausbildungsinhalt und späterer Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

151 PP machten Angaben bezüglich des Ausbildungsinhaltes IM und der späteren Durchführung von PT bei Menschen mit IM.

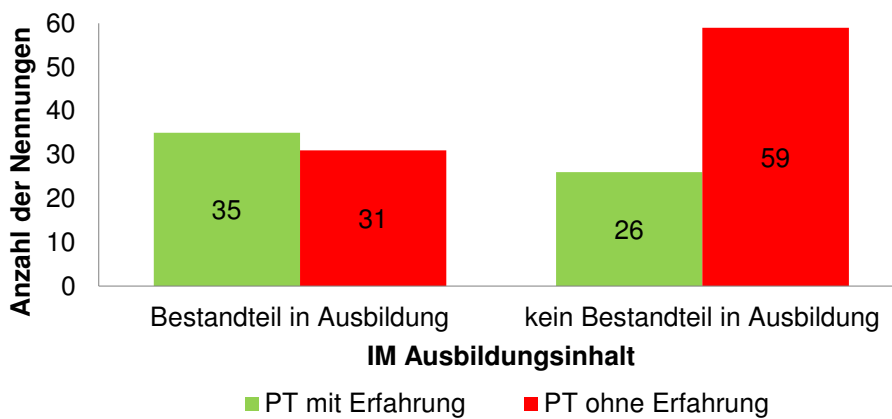


Abb. 45: Behandlung differenziert nach Ausbildungsinhalt

Bei 35 der PP (32,2%), welche Menschen mit IM psychotherapeutisch behandeln, war die entsprechende Thematik in der Ausbildung. Dem gegenüber stehen 31 PP (20,5%), bei denen das Thema Intelligenzminderung zwar Inhalt in der Ausbildung war, die aber aktuell keine Menschen mit IM behandeln. Auf der anderen Seite behandeln 26 (17,2%) PP Menschen mit IM, ohne dass diese Themen ausbildungsrelevant waren. 59 der 151 PP

(39,1%) behandeln aktuell keine Menschen mit IM oder haben in der Vergangenheit keine Menschen mit IM behandelt. Diese Gruppe hatte zudem keinerlei Ausbildungsinhalte zum Thema Intelligenzminderung.

Es kann ein Zusammenhang ($\chi^2=7,771$; $p=,005$) zwischen den vorhandenen Ausbildungsinhalten und der späteren psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit IM angenommen werden.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei 42,9% der befragten Personen ($n=66$) war der Themenbereich IM in den verschiedenen Ausbildungsbereichen verankert. Bei 37,1% ($n=56$) war die Thematik Bestandteil des Studiums und bei 10,6% ($n=16$) Bestandteil in der PT-Ausbildung. Es gibt einen Zusammenhang zwischen den vorhandenen Ausbildungsinhalten und der späteren psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit IM.

10.6 Verbesserungspotentiale

Zur Einschätzung der Fragestellung nach Verbesserungspotentialen werden die Ergebnisse der Fragen aus dem Fragebogen bezüglich der Veränderungsnotwendigkeit im Bereich der therapeutischen Begleitung bei Menschen mit IM dargestellt. Ergänzend werden begleitende Aspekte für das Gelingen einer psychotherapeutischen Behandlung bei Menschen mit IM von den PP benannt.

Veränderungspotenziale zur Erhöhung der Behandlungsbereitschaft erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

92 der 93 PP, die im Fragebogen angegeben haben, keine Menschen mit IM zu behandeln oder behandelt zu haben, beantworten die Frage zu möglichen Veränderungen.

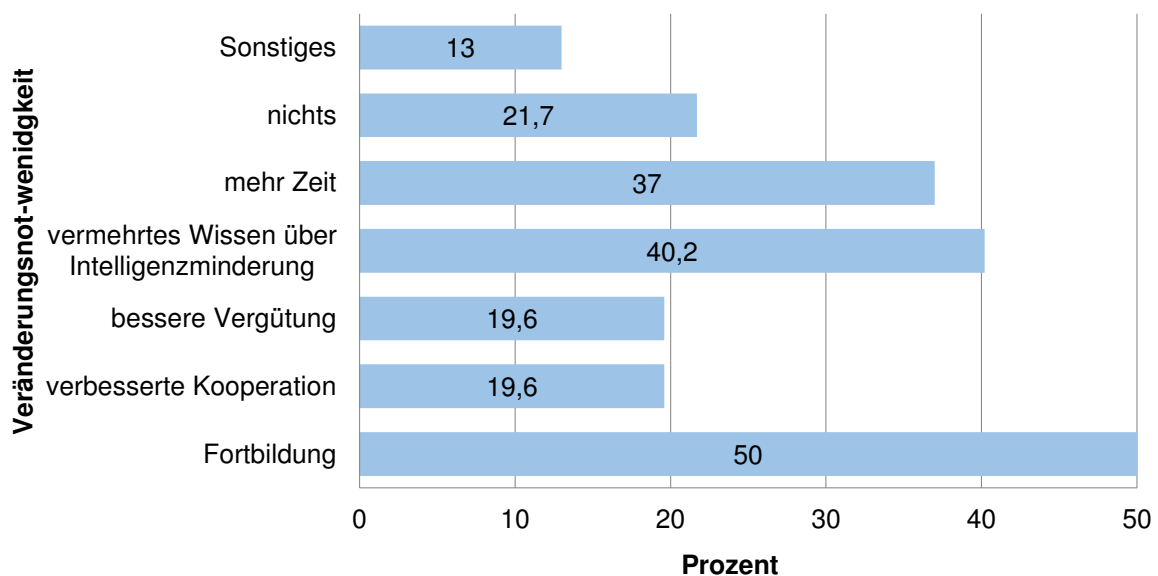


Abb. 46: Veränderungspotentiale

Es wurde gefragt, was sich verändern müsse, damit PP erwachsene Menschen mit IM behandeln. 50% (n=46) gaben an, dass Fortbildungen nötig sind. 40,2% (n=37) halten vermehrtes Wissen über Intelligenzminderung für notwendig. 37,0% (n=34) sind der Meinung, dass sie mehr Zeit in der psychotherapeutischen Behandlung benötigen. 21,7% (n=20) geben an, dass keine Veränderungen nötig sind, damit sie Menschen mit IM psychotherapeutisch behandeln. Jeweils 19,6% (n=18) erachten eine verbesserte Kooperation und eine bessere Vergütung als erforderlich. 13% der PP (n=12) geben sonstige Veränderungsmöglichkeiten an. Hier zählen beispielsweise ein anderer Arbeitgeber bzw. veränderter Arbeitsplatz sowie eine Veränderung der Schwerpunktsetzung. Weitere Aspekte sind eine angemessene Vergütung der Zusammenarbeit mit Bezugspersonen bzw. Institutionen und die Notwendigkeit der Veränderung der Komm-Struktur (Veränderung hin zu aufsuchender Therapie im

Lebensumfeld). Ein PP nennt die Notwendigkeit des Interesses, mit dem Klientel zu arbeiten. Die gesamte Liste der sonstigen Antworten kann als elektronische Version im Anhang auf der beiliegenden CD eingesehen werden.

begleitende Aspekte für das Gelingen der psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

144 PP schätzten die Relevanz von begleitenden Aspekten in der PT bei Menschen mit IM ein.

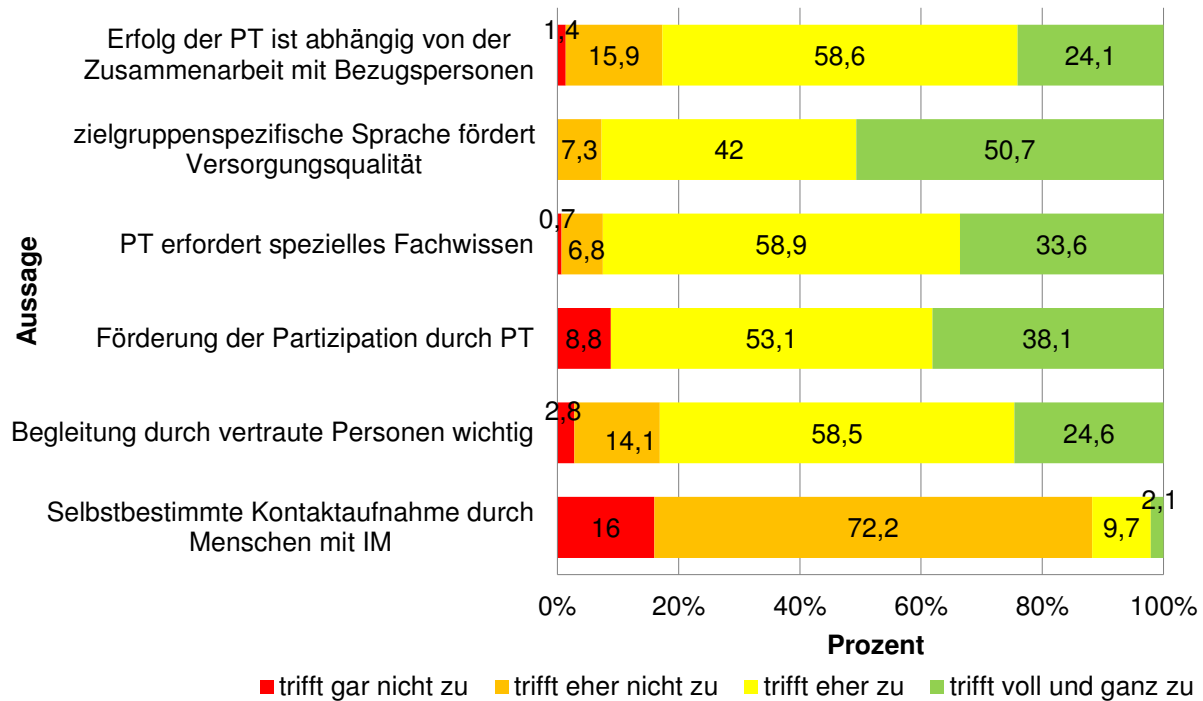


Abb. 47: Relevanz begleitender Aspekte

88,2% der 144 PP (n=127) sind der Meinung, dass eine selbstbestimmte Kontaktaufnahme zum PP durch Menschen mit IM nicht erfolgt. 83,1% der 142 PP (n=118) halten die Begleitung durch vertraute Personen und deren Einbezug in die PT für notwendig. 91,2% der 147 befragten PP (n=134) sind der Meinung, dass durch die psychotherapeutische Versorgung die Partizipation am gesellschaftlichen Leben erwachsener Menschen mit IM gefördert wird. 92,5% der 146 PP (n=135) sind der Meinung, dass die psychotherapeutische Versorgung der Menschen mit IM spezielles Fachwissen erfordert. Weiterhin geben 92,7% der 150 Therapeuten (n=139) an, dass eine zielgruppenspezifische Sprache zu einer höheren Versorgungsqualität in der Behandlung von Menschen mit IM führt. 82,7% der 145 befragten PP (n=120) sind der Meinung, dass der Erfolg der psychotherapeutischen Behandlung besonders von einer guten Zusammenarbeit mit Bezugspersonen abhängig ist.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Hinblick auf die Veränderungsnotwendigkeit geben 50% der PP (n=46) an, dass Fortbildungen zu dem Thema IM benötigt werden. 40,2% der befragten Personen (n=37) geben vermehrtes Wissen über Intelligenzminderung und 37,0% (n=34) die Notwendigkeit höherer Zeitressourcen in der Behandlung von Menschen mit IM als Aspekte an. 88,2% (n=127) sind der Meinung, dass die Kontaktaufnahme zum PP durch Menschen mit IM nicht selbstbestimmt erfolgt. Jeweils über 80% der PP betonen die Wichtigkeit der Begleitung durch vertraute Personen. Ebenfalls werden das Vorhandensein von speziellem Fachwissen und die Verwendung zielgruppenspezifischer Sprache als wichtige Aspekte angesehen. Des Weiteren wird der Erfolg der PT als abhängig von der Zusammenarbeit mit Bezugspersonen bezeichnet. Partizipation wird nach Einschätzung der Befragten durch die PT gefördert.

IV Interpretation & Diskussion

In diesem Abschnitt der Arbeit werden die dargestellten Ergebnisse hinsichtlich der Forschungsfragen interpretiert und mit anderen Forschungsergebnissen verglichen. Anschließend werden die angewandten Methoden und der gesamte Forschungsprozess reflektiert.

Es wird zunächst die Gruppe der an dieser Studie teilnehmenden PP mit der Gesamtheit der PP verglichen, um Aussagen über eine mögliche Repräsentativität der Studie bzw. Personengruppe treffen zu können. In einem weiteren Schritt dienen die Forschungsergebnisse zur Beantwortung der einzelnen Forschungsfragen. Anschließend werden sie anhand von Grundlagenliteratur und anderen Forschungsergebnissen diskutiert.

11 Abgleich der in der vorliegenden Studie befragten Personen mit der Gesamtheit der Psychologischen Psychotherapeuten

Die Verteilung der Merkmale Alter und Geschlecht der in der vorliegenden Arbeit befragten PP ähneln den Ergebnissen größer angelegter Untersuchungen (vgl. Nübling, Jeschke, Ochs & Schmidt, 2014; Walenzik u. a. 2010). In der Studie von Nübling u. a. (2014), mit Annahme einer annähernden Repräsentativität der untersuchten PP für die Variablen Geschlecht und Alter, waren, bei einem Altersdurchschnitt von 53 Jahren ($SD=9,4$) aller befragten Personen, 69% der PP und KJP weiblich. Im Rahmen der Erhebung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2015, S. 22) lag das Durchschnittsalter der PP bei 54 Jahren (SD nicht bekannt) und 71,1% der Psychologischen Psychotherapeuten waren weiblich (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2015, S. 3). In der Studie von Walenzik u. a. betrug das durchschnittliche Alter der PP 51,8 Jahre ($SD=7,4$) und das Verhältnis Männer zu Frauen lag bei 28,7% zu 71,3%. In der vorliegenden Untersuchung lag das arithmetische Mittel bei 52,6 Jahren ($SD=10,8$) und 75,3% der befragten PP waren weiblich.

Verschiedene Studien (vgl. Nübling, Jeschke, Ochs & Schmidt, 2014; Walenzik u. a., 2010) sprechen von wöchentlichen Arbeitszeiten der Psychotherapeuten mit einem Umfang von rund 35 Arbeitsstunden. Die durchschnittliche Jahresarbeitszeit wird auf etwa 43 Wochen geschätzt (Nübling u. a., 2014, S. 46). Bei der hier befragten Personengruppe lag die durchschnittliche Jahresarbeitszeit bei 42,4 Wochen ($SD=6,5$) im Jahr und bei 31,9 Stunden ($SD=12,2$) in der Woche. Die Ergebnisse der durchschnittlichen Jahresarbeitszeit in Wochen pro Jahr sind bei beiden Studien identisch. Die wöchentliche Arbeitszeit unterscheidet sich geringfügig.

Im Hinblick auf die Therapieausrichtung ergab sich bei der Studie von Nübling, Jeschke, Ochs & Schmidt (2014) folgende Aufteilung: 42,4% der PP mit KV-Zulassung gaben Verhaltenstherapie, 15,0% analytische Therapie und 35,6% tiefenpsychologisch-fundierte Therapie an. Walendzik u. a. (2010) kamen bei den PP zu einer Aufgliederung der Therapieausrichtungen in 61,8% Verhaltenstherapie, 30,9% tiefenpsychologisch-fundierte Therapie, 3,4% analytische Therapie und 3,9% andere Ausrichtungen. Bei der hier vorliegenden Befragung gaben 66,9% Verhaltenstherapie, 14,3% analytische Therapie, 29,2% tiefenpsychologisch-fundierte Therapie und 27,9% sonstige Therapien als Therapieausrichtung an. Die prozentuale Verteilung der Therapieverfahren unterscheidet sich bei den Hauptnennungen nicht gravierend von der erfassten Verteilung in der Studien von Nübling, Jeschke, Ochs & Schmidt (2014) und Walendzik u. a. (2010). Durch Option der Mehrfachnennung in der vorliegenden Erhebung ist ein direkter Vergleich mit den Ergebnissen von Walendzik u. a. (2010) nur bedingt möglich. Die vorliegenden Forschungsergebnisse sollten daher für sich betrachtet werden.

In der bereits erwähnten Studie von Nübling, Jeschke, Ochs & Schmidt (2014) besitzen 65,6% der PP einen vollen sowie 9% einen halben Kassensitz. 25% der PP besitzen keinen Kassensitz. Bei der hier vorliegenden Erhebung sind 51,9% der befragten PP in einer eigenen Praxis mit KV-Zulassung hauptsächlich tätig. Die prozentuale Verteilung im Hinblick auf die vorhandene KV-Zulassung unterscheidet sich.

Die durchschnittliche Wartezeit auf ein Erstgespräch betrug 7,7 Wochen (SD=9,5). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Studien, welche eine Spannweite von zwei bis 12 Wochen als Wartezeit erfasst haben (Bundespsychotherapeutenkammer (2011), Nübling u. a. (2014, 2014) und Walendzik u. a. (2010). Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz für eine Kurzzeittherapie liegen, in Abhängigkeit vom Verfahren, durchschnittlich zwischen 15 und 19 Wochen (vgl. Nübling u. a. 2014, S. 37; Bundespsychotherapeutenkammer 2011, S. 7), in der vorliegenden Erhebung waren es durchschnittlich 17,8 Wochen (SD=18,3). Beide Ergebnisse sind nahezu identisch. Die lange Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz deutet auf eine Auslastung der PP und den enormen Bedarf an bzw. Nachfrage nach PT hin. Da für die Allgemeinbevölkerung eine lange Wartezeit von mehr als vier Monaten festgestellt wurde, kann angenommen werden, dass Menschen mit IM mindestens genauso lange warten müssen. Wie bereits in Kapitel 6.1 erwähnt, kann eine erhöhte Wartezeit auf einen Therapieplatz auf eine unzureichende Versorgungssituation hinweisen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die in der vorliegenden Studie befragten PP hinsichtlich der Merkmale Alter und Geschlecht den größer angelegten, annähernd repräsentativen Studien von Nübling u. a. (2014) und Walendzik u. a. (2010) sehr ähnlich sind. Bei anderen Merkmalen, wie beispielsweise der Approbation oder den Verfahren, kann keine Repräsentativität der erhobenen Daten angenommen werden.

Es ist von inhaltlichen Einschränkungen der Ergebnisse in der Stichprobe auszugehen, da wahrscheinlich verstärkt diejenigen PP geantwortet haben, die Interesse an dem Thema hatten. Es kann daher angenommen werden, dass die PP, die nicht an der Befragung teilnahmen, wenig bis gar keine erwachsenen Menschen mit IM behandeln und dass somit die tatsächliche Versorgung noch geringer ist als hier erfasst wurde. Die Ergebnisse sollen deshalb für sich und als nicht generalisierbar/übertragbar auf die Grundgesamtheit aller in Ba-Wü tätigen PP angesehen werden.

12 Interpretation der Ergebnisse anhand der Forschungsfragen

Nachfolgend werden die bereits in Kapitel 9.2 dargestellten Ergebnisse im Hinblick auf die einzelnen Forschungsfragen interpretiert und anschließend anhand der Grundlagenliteratur und der Forschungsergebnisse anderer Studien diskutiert.

12.1 Interpretation der Ergebnisse zur aktuellen psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung

Die aktuelle psychotherapeutische Versorgungssituation erwachsener Menschen mit IM wird vom größten Teil der befragten PP als mangelhaft bis ungenügend eingeschätzt. Die Einschätzung kann nach Meinung von Experten (vgl. DGPPN, 2009; Schanze, 2008) als ein Hinweis auf mangelnde psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit IM gesehen werden. Diese Einschätzung wird von mehreren Autoren geteilt sowie von verschiedenen Studien (vgl. Schulz u. a., 2008; Bundespsychotherapeutenkammer, 2011; Nübling u. a., 2014; Walendzik u. a., 2010) bestätigt. Selbst bei der psychotherapeutischen Versorgung der allgemeinen deutschen Bevölkerung wird von einem geringen Anteil behandelter Klienten ausgegangen. Sowohl Nübling u. a. (2014, S. 389), Gaebel, Kowitz, Fritzke & Zielasek (2013, S. 801) als auch Jacobi & Kessler-Scheil (2013, S. 200f.) fanden, dass 40% der Menschen mit einer psychischen Störung eine minimale professionelle Intervention erhalten und lediglich 2,5% aller Betroffenen psychotherapeutisch betreut werden. Jeder fünfte Betroffene erhält sogar gar keine Behandlung (ebd.). Medikamentöse Behandlungen ohne PT werden der psychotherapeutischen Versorgung vorgezogen. Bereits für erwachsene Menschen ohne Intelligenzminderung ist demnach sowohl eine generelle als auch eine ambulante psychotherapeutische Unterversorgung in Deutschland festzustellen (Nübling u. a., 2014, S. 389). Die Ergebnisse der Bundespsychotherapeutenkammer (2011) sowie von Nübling u. a. (2014) und Walendzik u. a. (2010) sind ein weiterer Hinweis auf eine allgemeine Unterversorgung der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich ambulanter psychotherapeutischer Behandlungen.

Ein Aspekt, der ebenfalls auf eine unzureichende psychotherapeutische Versorgung schließen lässt, ist auch das Ergebnis von Metaxas u. a. (2014, S. 126), welche bereits für Kinder mit IM eine mangelhafte Versorgung erfasste. Wie zuvor in Kapitel 6.2 erwähnt, gehen sowohl Rotthaus & Wilms (2012, S. 637) als auch Werther & Henicke (2008, S. 122) von einer besseren Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit IM als von erwachsenen Menschen mit IM aus.

Schäfer-Walkmann u. a. (2015, S. 68) verdeutlichen die fehlende Vorbereitung der Strukturen und Rahmenbedingungen in der gesundheitlichen Versorgung auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit IM selbst in einer Großstadt. Sowohl Psychotherapeuten als auch Angehörige sprachen von fehlenden psychotherapeutischen Angeboten. Über zwei Drittel der befragten Ärzte und PP sah die Versorgung als unzureichend an. Teilergebnisse dieser Studie können als Zeichen für eine psychotherapeutische Unterversorgung erwachsener Menschen mit IM gesehen werden.

Insgesamt kann damit angenommen werden, dass es hinsichtlich der Versorgung erwachsener Menschen mit speziellen Bedürfnissen und Erfordernissen in der Therapie einen eklatanten Mangel an Behandlungsplätzen gibt bzw. die Versorgungssituation stark verbessert werden muss.

Die PP ohne Erfahrung schätzen in der hier vorliegenden Erhebung die Versorgungslage schlechter ein als PP mit Erfahrung. Gründe hierfür könnten sein, dass die PP, welche über keine Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit IM verfügen, annehmen, dass wenn sie selbst keine Menschen mit IM behandeln, ihre Kollegen dies wohl auch nicht tun.

Die vorliegende Untersuchung ergab, dass circa 40% der befragten PP erwachsene Menschen mit IM behandeln oder in der Vergangenheit behandelt haben. Den Ergebnissen einer Erhebung von Nübling u. a. (2014, S. 30) zufolge behandelten lediglich 16% der befragten PP Menschen mit IM. Von den befragten 214 Medizinern und Psychotherapeuten in der Erhebung von Schäfer-Walkmann u. a. (2015, S. 57) hatten über die Hälfte im beruflichen Kontext selten oder nie Kontakt zu erwachsenen Menschen mit IM. Rund 17% gaben an, keine Patienten mit IM zu versorgen (ebd.). Die gesamte Versorgungssituation ist auf der Grundlage von Schäfer-Walkmann u. a. (2015) als deutlich schlechter einzuschätzen, da der Fokus auf einer Großstadt lag und nicht, wie in der hier vorliegenden Studie, auch der ländliche Raum erfasst wurde. Weiterhin wurden zusätzlich Mediziner befragt, was daher einen eindeutigen Vergleich nicht ermöglicht. Die Ergebnisse können auf der Grundlage erklärt werden, dass PP, welche Menschen mit IM behandeln -im Vergleich zu PP, welche keine Menschen mit IM betreuen- eine höhere Motivation hatten, den Fragebogen auszufüllen. Daher kann das Verhältnis der behandelnden und nicht behandelnden PP nur bedingt mit den Verhältnissen aus anderen Erhebungen verglichen

werden. Aus der Erhebung von Metaxas u. a. (2014, S. 128) kann resümiert werden, dass mehr als die Hälfte der befragten Personen Kinder mit IM behandeln oder behandelt haben. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Differenz der Entwicklung zwischen Menschen mit und ohne IM altersbedingt geringer als bei erwachsenen Menschen. Dies erleichtert eventuell die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit IM. Auch im Vergleich zu Metaxas u. a. (2014) kann eine schlechtere Versorgungssituation von erwachsenen Menschen mit IM angenommen werden.

Die hier vorliegende Erhebung kam zu dem Ergebnis, dass am häufigsten Menschen mit einer leichten Form der IM psychotherapeutisch behandelt werden. Erwachsene Menschen mit einer mittelgradigen Form der IM werden dagegen seltener und Menschen mit einer schweren oder schwersten Form der IM sehr selten behandelt. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Metaxas u. a. (2014, S.126). Für beide Studien kann zusammengefasst werden, dass, wenn Menschen mit IM überhaupt behandelt werden, leichte Formen der IM am häufigsten PT erhalten. Die Behandlungshäufigkeit der Formen der IM entspricht in etwa der von Seidel (2013a, S.15) genannten Verteilung der IM nach Einteilung der ICD-10, in der rund 80% der Menschen mit IM eine leichte Form, zwölf Prozent eine mittelgradige Form und ca. acht Prozent eine schwere oder schwerste Form der IM haben. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass, wie von Irblich und Stahl (2003, S.324) festgestellt, mit zunehmender Schwere der IM die Wahrscheinlichkeit von Störungen insgesamt steigt. Dies bedeutet, dass Menschen mit schweren Formen der IM aufgrund der Auftretenswahrscheinlichkeit von Störungen einen noch höheren Bedarf an therapeutischer Behandlung haben als Menschen mit leichten oder mittelgradigen Formen. Die Forschungsergebnisse der beiden benannten Studien weisen bereits bei Menschen mit leichten Formen der IM auf ein deutliches psychotherapeutisches Versorgungsdefizit hin. Es ist davon auszugehen, dass Menschen mit stärkeren Formen der IM äußerst selten die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Versorgung erhalten.

In der vorliegenden Erhebung wurde erfasst, dass 38,8% der verhaltenstherapeutisch arbeitenden Personen, 31,8% der analytisch arbeitenden PP und 40% der tiefenpsychologisch arbeitenden PP Menschen mit IM behandeln. Diese relativ gleichmäßige Aufteilung der Therapieausrichtungen wird durch die Behauptung von Werther & Hennische (2008, S. 118) bestätigt, dass auch auf humanistischer und psychodynamischer Grundlage mit Menschen mit IM im psychotherapeutischen Feld gearbeitet wird und dass keine besondere Therapierichtung und keine besonderen Methoden für Menschen mit IM zur Verfügung stehen (Hennische u. a., 2009, S. 43). Nach Häßler u. a. (2014, S. 70) stehen bei Menschen mit IM und einer psychischen Störung/Verhaltensstörung Verhaltens- und Einstellungsänderungen im Vordergrund. Diese Ziele scheinen daher mit den drei bekannten Therapieausrichtungen erarbeitbar zu sein. Ähnlich war es bei der Untersuchung

von Metaxas u. a. (2014, S. 126) im Hinblick auf Kinder. Hier wurden von den Befragten tiefenpsychologisch und analytisch orientierte Therapieverfahren (62% und 65%) ähnlich häufig angewandt wie Verhaltenstherapie (56,3%).

Ein Ergebnis der hier vorliegenden Studie ist, dass ein Zusammenhang zwischen früheren Erfahrungen der PP mit Menschen mit IM im Rahmen des Zivildienstes oder von Praktika, im Rahmen von Studium oder Beruf sowie von Erfahrungen in der Praxis und der psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Menschen mit IM besteht. Es kann davon ausgegangen werden, dass frühere Erfahrungen oder Kontakte mit Menschen mit IM die Hemmschwelle und Berührungängste, Menschen mit IM auch psychotherapeutisch zu betreuen, senken. Möglicherweise sind die vorberuflichen Erfahrungen ein Aspekt, der dazu beiträgt, dass Vorurteile und Befürchtungen gegenüber Menschen mit IM reduziert sowie die Behandlungsbereitschaft und -motivation erhöht werden.

Ein weiteres Ergebnis dieser Arbeit ist, dass zwei Drittel aller PT bei Menschen mit IM über die GKV, jeweils zehn Prozent über private Krankenkassen und selbst finanziert werden. Knapp fünf Prozent werden über das Kostenerstattungsverfahren und weniger als vier Prozent über Spenden getragen. Ein sehr kleiner Anteil aller PT wird von den PP ehrenamtlich durchgeführt. Im Rahmen der Studie von Nübling u. a. (2014) wurden deutlich mehr PT in Praxen mit KV-Zulassung durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Bei PT in freier Praxis übernahm die Krankenkasse in rund neun Prozent der Fälle die Finanzierung. Geringere Anteile der Finanzierung in Praxen mit KV-Zulassung wurden von privaten Krankenkassen, im Rahmen der Kostenerstattung und von den Klienten selbst getragen. Bei PT in freier Praxis stellt die Finanzierung durch die Klienten selbst den größten Anteil dar. Bei rund einem Drittel wird die PT von privaten Krankenkassen, in einem geringeren Anteil über die Kostenerstattung und in knapp zehn Prozent über die gesetzlichen Krankenkassen finanziert (Nübling u. a., 2014, S. 47). Beide Forschungen kamen zu dem Ergebnis, dass PT sehr häufig über die gesetzlichen Krankenkassen finanziert wird.

Lediglich 46 PP aller befragten PP bekamen in den letzten 12 Monaten Anfragen für eine PT bei Menschen mit IM. Im Durchschnitt erhielt ein Psychotherapeut dabei 4,3 Anfragen (SD= 4,9) für eine psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit IM. Von diesen 4,3 Anfragen pro PP wurden schließlich im Durchschnitt 2,9 Patienten mit IM (SD= 3,3) von 56 PP behandelt. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass in den letzten 12 Monaten lediglich 162 Menschen mit IM bei den befragten PP die Möglichkeit erhielten, eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen. In Anbetracht der angegebenen Patientenzahlen der PP kann dies als ein sehr geringer Anteil eingeschätzt werden. Der zeitliche Mehraufwand in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM wird in der vorliegenden Arbeit von den befragten Personen auf 21,9% geschätzt.

Betrachtet man die Zahlen allerdings genauer, kann festgestellt werden, dass im Hinblick auf den Gesamtstundenumfang, verglichen mit dem Gesamtstundenumfang von Menschen ohne IM, ähnliche Werte ermittelt wurden. Bei der Differenzierung nach den einzelnen Therapieausrichtungen wurde herausgefunden, dass die Gesamtstundenangaben v.a. bei Verhaltenstherapie keine Unterschiede erkennen lassen. Scholz (2013, S. 7) geht bei der durchschnittlichen Dauer einer verhaltenstherapeutischen Behandlung von höheren Werten aus (44 Stunden). In der hier vorliegenden Erhebung wurde ein durchschnittlicher Gesamtstundenumfang von 33,6 Stunden verhaltenstherapeutisch orientierter PT bei Menschen mit IM erhoben. Bei der tiefenpsychologisch-fundierte Therapie liegt der Mittelwert bei der Behandlung von Menschen mit IM (114,8 Stunden) über den Mittelwerten bei der Behandlung von Menschen ohne IM (91,7 Stunden). Scholz (2013, S. 7) gibt für tiefenpsychologisch-fundierte Therapie 70 Stunden als Mittelwert an, was für die Ergebnisse der beiden Gruppen nicht zutrifft. Bei der analytisch-orientierten PT waren die Werte allerdings bei Menschen mit IM (121,0 Stunden) etwas geringer als bei den Menschen ohne einer IM (129,3 Stunden). Hier gibt Scholz (2013, S. 7) für analytisch-orientierte Therapien 160 Stunden als durchschnittliche Behandlungsdauer an. Somit kann der subjektiv eingeschätzte Mehrbedarf innerhalb dieser Fragebogenerhebung, als auch der in der Fachliteratur beschriebene Mehraufwand (vgl. bspw. Dielentheis, 2013, S. 13 & Dahlhaus, 2013, S. 3) anhand der hier vorliegenden Forschungsergebnisse im Hinblick auf die Gesamtstunden für eine Behandlung von Menschen mit IM nicht bestätigt werden.

Allerdings besteht durchaus die Möglichkeit, dass der beschriebene Mehrbedarf in anderen Bereichen der therapeutischen Begleitung, wie beispielsweise der Diagnostik psychischer Störungen, der entsprechenden Beratung des sozialen Umfelds und bei administrativen Tätigkeiten anfallen könnte. So ist die DGPPN (2009, S. 4) der Meinung, dass die Diagnostik bei Menschen mit IM insgesamt überdurchschnittlich komplex und zeitaufwändig ist. Diese These kann durch die komplexen ätiopathogenetischen Bedingungsgefüge psychischer Störungen bei Menschen mit IM durchaus bestätigt werden (vgl. Kapitel 3.4). Zudem haben die befragten PP in der hier vorliegenden Studie angegeben, dass sie aus zeitlichen Gründen keine diagnostischen Verfahren anwenden. Weiterhin sind sich Experten in der Fachliteratur einig, dass das Lebensumfeld unter Beachtung der Privatsphäre zwingend in die psychotherapeutische Behandlung dieses Klientel mit einbezogen werden muss (vgl. Sappok u. a., 2010, S. 835; Henniscke u. a., 2009, S. 35). Der angenommene zeitliche Mehraufwand, welcher anhand der Angaben der durchschnittlichen Behandlungsdauer nicht bestätigt werden konnte, lässt sich möglicherweise durch den fehlenden Einbezug des Lebensumfelds oder geeigneter Diagnostik erklären.

Als häufigste Schnittstellen in der psychotherapeutischen Behandlung wurden in dieser Erhebung pädagogisches Personal sowie Angehörige, Mitarbeiter der Einrichtungen

der Behindertenhilfe, Klinikärzte und teilweise auch Heilpädagogen genannt. Eben diese Schnittstellen der befragten Ärzte und PP wurden auch in der Erhebung von Schäfer-Walkmann u. a. (2015), mit etwas anderer Gewichtung in der Häufigkeit der Kontakte, erfasst. Die Hauptgruppe war dort Angehörige und gesetzliche Betreuer. Angehörige waren in beiden Befragungen eine bedeutende Schnittstelle. Auch pflegerisches und pädagogisches Personal fungierte in beiden Studien als offensichtlich wichtige Schnittstelle. Zusätzlich stellten Klinikärzte einen Kontakt dar. Die sich ähnelnden Ergebnisse zeigen die Bedeutung des Personals der Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Angehörigen, sowie behandelnder Ärzte. Sie alle können bedeutsame und therapierelevante Informationen über die Klienten weitergeben und Aspekte aus der psychotherapeutischen Behandlung in den Alltag übertragen und integrieren. Durch einen engen Kontakt und Austausch mit eben jenen Schnittstellen ist es möglich, dass die Entwicklungsschritte einer Therapie im alltäglichen Lebensumfeld verankert werden und der Klient dadurch einen größeren Nutzen aus der Therapie zieht.

Ein Ergebnis der hier vorliegenden Untersuchung war, dass im Rahmen der Diagnostik erwachsener Menschen mit IM hauptsächlich Interviews, biographische Anamnesen, Explorationen sowie Verhaltensbeobachtungen Anwendung finden. Störungsspezifische Diagnostik wird lediglich manchmal eingesetzt. Andere diagnostische Verfahren finden so gut wie keine Anwendung. Wie in Kapitel 3.5.3 dargestellt, gibt es Erschwernisse im Rahmen der Diagnostik bei Menschen mit IM. So ist es beispielsweise notwendig, dass die diagnostischen Instrumente und Methoden angepasst werden (vgl. Došen, 2010, S. 23). Als Grund für eine nicht durchgeführte diagnostische Begutachtung wird in der hier vorliegenden Untersuchung das Fehlen ausreichend geeigneter Verfahren vor Ort angeführt. Zudem sind einige PP der Meinung, dass sie zu geringe Erfahrungen für die Diagnostik bei Menschen mit IM hätten. Diese Einschätzung teilt auch Dielentheis (2013, S. 8). Die besonderen diagnostischen Anforderungen bei Menschen mit IM erfordern Spezialwissen des Diagnostikers. Henicke & Meins (2000, S. 44f.) sind der Ansicht, dass viel Erfahrung bei der Abgrenzung zwischen dem jeweiligen Entwicklungsniveau vorkommenden Äußerungsformen und Symptomen einer psychischen Störung benötigt werde. Auf Grundlage der hier angeführten Ergebnisse kann geschlussfolgert werden, dass für eine qualitativ hochwertige diagnostische Begutachtung von Menschen mit IM in den psychotherapeutischen Tätigkeitsfeldern weiterer Bildungs- und Fortbildungsbedarf besteht. Eine individuell angepasste Diagnostik, welche auch störungsspezifische Aspekte hinreichend erfasst, ist Grundlage einer optimierten und bedarfsgerechten psychotherapeutischen Behandlung.

Einige Ergebnisse dieser Arbeit liefern Hinweise, die Aufschluss über die aktuelle Versorgungssituation erwachsener Menschen mit IM in Ba-Wü geben können. So können

beispielsweise die Einschätzung der befragten PP, die geringe Zahl psychotherapeutisch behandelter Menschen mit IM, die bevorzugt behandelten Formen der IM, die unzureichend durchgeführte Diagnostik und das mangelnde Wissen über geeignete Verfahren als Indikatoren gesehen werden. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass von einer unzureichenden psychotherapeutischen Versorgungslage für erwachsene Menschen mit IM in Ba-Wü ausgegangen werden kann.

12.2 Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich ambulanter und stationärer psychotherapeutischer Versorgung

Bei der vorliegenden Fragebogenerhebung werden Menschen mit IM häufiger im ambulanten Kontext als im stationären Bereich von PP behandelt, dabei unterscheidet sich der durchschnittliche Stundenumfang der Behandlung von Menschen mit IM im ambulanten und im stationären Kontext nicht. Nübling, Bär u. a. (2014, S. 389) stellten dagegen fest, dass die Versorgung psychisch kranker Menschen vorwiegend in psychiatrischen Krankenhäusern sowie in der ambulanten vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung stattfindet. Im Rahmen ambulanter PT werden deutlich weniger Menschen betreut (ebd.). Diese Darstellung von Nübling, Bär u. a. (2014, S. 389) könnte ein Hinweis darauf sein, dass Menschen mit IM häufiger von ärztlichen Psychotherapeuten und Fachärzten für Psychiatrie ärztlich versorgt, anstatt von PP behandelt zu werden. Schützwohl, Koch, Koslowski, Puschner, Voß, Salize, Pfennig und Vogel (2016) zeigen u. a., dass die gängigste Behandlung der psychischen Störungen bei erwachsenen Menschen mit IM die mit Psychopharmake durch einen Psychiater ist. An der hier vorliegenden Untersuchung nahmen lediglich 8 PP teil, welche im stationären Kontext arbeiten und gleichzeitig Erfahrung in der Behandlung bei Menschen mit IM aufweisen. Diese geringe Teilnahme kann daher darauf zurückgeführt werden, dass die ärztlichen Psychotherapeuten und Psychiater in der hier vorliegenden Untersuchung nicht zur befragten Personengruppe zählten. Nach Datenlage scheint das aber die Personengruppe zu sein, die stationär in der Behandlung psychischer Störungen bei Menschen mit IM involviert ist.

Obwohl Menschen mit IM eher in psychiatrischer Behandlung sind, sollte die ambulante PT bei Menschen mit IM als Behandlungsoption deutlich stärker in den Vordergrund rücken. Diese Behandlungsoption schätzen fast alle befragten PP als eine realistische Option ein, da sie bei Menschen mit IM eine PT ebenfalls für durchführbar halten.

Daher sollte für eine optimale und zielführende Behandlung von Menschen mit IM PT und Psychopharmakotherapie sinnvoll kombiniert angewendet werden (vgl. Schanze, 2008, S. 157). Hennische (2011, S. 29) führt zusätzlich im Sinne der Multimodalität die Notwendigkeit der pädagogischen Arbeit an. Daher ist an dieser Stelle zu betonen, dass

beispielsweise die Klinische Heilpädagogik mit ihrer disziplinären Ausrichtung an der Schnittstelle zwischen Pädagogik und PT im ambulanten Bereich wertvolle und wichtige Arbeit bei der Behandlung von psychischen Störungen bei Menschen mit IM leisten kann.

Letztendlich kann diese Fragestellung nach Unterschieden zwischen ambulanter und stationärer psychotherapeutischer Behandlung aufgrund der geringen Teilnahme stationärer PP, welche Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit IM haben, nicht final und aussagekräftig beantwortet werden. Wegen des deutlichen Ungleichgewichts befragter ambulant und stationär tätiger PP können keine objektiv erkennbaren Unterschiede ambulanter und stationärer PT bei Menschen mit IM ausgemacht werden. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass im ambulanten Bereich PT bei Menschen mit IM durchgeführt wird und im stationären Bereich eher andere Professionen, wie beispielsweise Fachärzte für Psychiatrie, die Behandlung psychischer Störungen bei Menschen mit IM übernehmen.

12.3 Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich möglicher Gründe für eine psychotherapeutische Nicht-Behandlung

Ergebnis dieser Arbeit war unter anderem, dass mehr als die Hälfte der befragten PP an einem Ort arbeitet, der nicht barrierefrei ist. Weiterhin behandeln PP, die an Orten arbeiten, welche keine räumlichen Barrieren aufweisen, häufiger Menschen mit IM. Es kann vermutet werden, dass räumliche Barrieren ein möglicher Grund für die Nicht-Behandlung erwachsener Menschen mit IM sind. Kritisch anzumerken ist, dass nur ein geringer Teil der Menschen mit IM in ihrer Mobilität eingeschränkt ist. Nichtsdestotrotz können räumliche Barrieren ein Grund sein, der dazu führt, dass Menschen mit IM der Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung erschwert wird und dies letzten Endes eine Behandlung verhindert.

Mehr als zwei Drittel aller befragten PP schätzt sich in der psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Menschen mit IM als wenig bis gar nicht kompetent ein. Vermittelte Inhalte zu IM in der Ausbildung beeinflussen das eigene Kompetenzgefühl positiv. Dennoch erleben sich etwa die Hälfte der PP, die bereits Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit dieser Klientengruppe gesammelt haben, als wenig bis gar nicht kompetent in der Therapie. Mögliche Gründe können fehlende Modifikationen der Rahmenbedingungen in der Behandlung von Menschen mit IM, keine einheitlichen Ergänzungen üblicher Therapieverfahren, keine vorhandenen aber individuell notwendigen Adaptionen der Verfahren sowie wenig Erfahrung in der Verwendung selten genutzter Kommunikationsmedien sein (vgl. DGSGB; Kufner 2015, S.21; Schanze 2008, S.157f.). Die befragten Therapeuten in der Studie von Metaxas u. a. (2014, S. 125) schätzten sich zu einem großen Teil als kompetent oder sehr kompetent ein, rund 43% erlebten sich selbst

als wenig bis gar nicht kompetent. Verglichen mit der vorliegenden Studie ist dies ein geringerer Anteil. Ursache dieser unterschiedlichen Einschätzungen können, wie bereits in Kapitel 10.2.1 erwähnt, die möglichen größeren Entwicklungsunterschiede innerhalb der Altersgruppe sein. Bei Kindern und Jugendlichen mit IM ist der Unterschied zu Gleichaltrigen ohne IM möglicherweise geringer als bei erwachsenen Menschen, weswegen Therapieansätze und Methoden in ihrer ursprünglichen Form angewendet werden oder einfacher adaptiert werden können. Der Mangel an erforderlichen Kompetenzen sowie das damit einhergehend subjektiv erlebte (In-) Kompetenzgefühl scheinen weitere Gründe für eine Nicht-Behandlung zu sein. Es kann angenommen werden, dass die psychotherapeutische Behandlung mehrerer erwachsener Menschen dazu führt, dass wichtige Erfahrungen gemacht werden und Reflexionen hinsichtlich der Wirksamkeit verschiedener angewendeter Methoden und Techniken stattfinden. Mit steigender Behandlungsanzahl ist davon auszugehen, dass das subjektive Kompetenzgefühl bei entsprechenden Erfolgserlebnissen zunimmt.

Hinsichtlich der Motivation, Menschen mit IM zu behandeln, zeigte sich, dass mehr als ein Drittel der befragten PP wenig bis gar nicht bereit ist, Menschen mit IM zu behandeln. Rund zwei Drittel der analytisch arbeitenden Therapeuten ist nicht bereit, Menschen mit IM zu betreuen. Verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Therapeuten sind am ehesten zur Behandlung bereit. Eine Annahme ist, dass die befragten PP davon ausgehen, dass sowohl die analytische fundierte als auch tiefenpsychologische PT für Menschen mit IM kognitiv zu herausfordernd ist bzw. die erforderliche Introspektionsfähigkeit nicht vorausgesetzt werden kann. Unterschiedliche Publikationen (vgl. DGPPN, 2009; Schanze, 2008) bestätigen eine beeinträchtigte Introspektionsfähigkeit bei Menschen mit IM in Abhängigkeit vom Schweregrad ihrer geistigen Behinderung und zusätzlichen Behinderungen. Rund zwei Fünftel aller Therapeuten ist nach eigenen Angaben teilweise zur Behandlung bereit. Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass die Behandlung des Themas IM in der Ausbildung die Behandlungsmotivation steigern kann. Weiterhin beeinflussen bereits gesammelte Erfahrungen mit Menschen mit IM die Behandlungsbereitschaft positiv. Als weitere Gründe für geringe Behandlungszahlen erwachsener Menschen mit IM in Ba-Wü können unter anderem die Einschätzung zur Durchführbarkeit der unterschiedlichen Verfahren, die geringe Behandlungsmotivation von Seiten der PP als auch die Auswirkung einer fehlenden Thematisierung im Rahmen der Ausbildung gesehen werden.

Rund drei Viertel aller befragten PP schätzten, dass PT bei Menschen mit IM grundsätzlich durchführbar ist, nur ein sehr kleiner Teil sieht PT für Menschen als nicht praktikabel. Voß u. a. (2008, S.125) sprechen ebenfalls davon, dass eine gänzliche Unbehandelbarkeit analog zu einem reduzierten Intelligenzquotienten nicht bestätigt werden kann. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Metaxas u. a. (2014, S.125). In der Studie hielt

die überwiegende Zahl der befragten Therapeuten PT bei Kindern und Jugendlichen mit IM für durchführbar. Die Einschätzung der Psychotherapeuten hinsichtlich der Durchführbarkeit von PT bei Menschen mit IM kann als Grund für eine Nicht-Behandlung folglich ausgeschlossen werden.

Als Gründe für die nicht durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen bei Menschen mit IM wurden in dieser Erhebung fehlende Anfragen von Seiten der Betroffenen oder Angehörigen, andere Schwerpunktsetzungen des Therapeuten, die eigene erlebte eingeschränkte Kompetenz in der Behandlung, fehlende geeignete Methoden, das mangelnde Wissen über IM sowie die fehlende Thematisierung in der Ausbildung genannt. Die Studie von Metaxas u. a. (2014, S. 127) kam zu ähnlichen Ergebnissen. Hier war der Hauptgrund, dass keine Anfragen zur psychotherapeutischen Behandlung gestellt wurden. Rund ein Viertel benannte fehlende Ausbildungsinhalte und Methoden und zu wenig Wissen über Intelligenzminderung als weitere Ursachen. Als Gründe für mögliche Versorgungslücken wurden zu wenig behandelnde KJP, weniger oder nicht geeignete Therapieformen, mangelnde Thematisierung sowie Finanzierungsmöglichkeiten geschätzt (Metaxas u. a., 2014, S. 127). Die fehlenden Anfragen zu einer psychotherapeutischen Behandlung können möglicherweise mit den Forschungsergebnissen von Dederich u. a. (1999, S.484) begründet werden. Diese nannten als Gründe für den Ausschluss psychotherapeutischer Hilfen fehlendes Wissen der Bezugspersonen über die Möglichkeit psychotherapeutischer Hilfen, die Ablehnung der PT durch den Klienten, die Schwierigkeit beim Finden eines geeigneten Therapeuten, das Scheitern psychotherapeutischer Hilfe sowie die Vorstellung der betreuenden Personen, dass PT bei Menschen mit IM nicht durchführbar ist.

In der psychotherapeutischen Behandlung wurden von mehr als der Hälfte der befragten PP mangelnde zeitliche Ressourcen zur Arbeit mit dem Unterstützersystem, die Konfrontation der Menschen mit IM mit Stigmatisierung und Vorurteilen von Seiten der Therapeuten und der zeitlich erforderliche Mehraufwand als Erschwernisse oder Barrieren benannt. Kontinuierliche Ansprechpartner werden von einem Großteil der befragten PP als besonders bedeutsam erachtet. Luxen (2001, S. 353) und Häßler u. a. (2014, S.57) betonen ebenfalls die Wichtigkeit kontinuierlicher Ansprechpartner, um durch die Zusammenarbeit mit Bezugspersonen den Transfer der Therapieinhalte in die aktuelle Lebenssituation zu gewährleisten. Seidel (2008, S.142) spricht von einer erforderlichen konsequenten Unterstützung des Umfelds. Der von den befragten PP problematisierte zeitliche Mehraufwand wird durch Aussage der DGPPN (2009, S.4f.) unterstrichen, dass in der psychotherapeutischen Arbeit ein vermehrter zeitlicher Aufwand erforderlich ist. Dieser Mehraufwand leitet sich unter anderem aus der Gestaltung des konkreten Alltagsrahmens und der Wohn- und Arbeitssituation (Luxen, 2001, S. 350) und der Arbeit mit dem

Unterstützersystem ab. In der Studie von Schäfer-Walkmann u. a. (2015, S.61) wurde die Bedeutung des Einbezugs der Begleitpersonen von allen befragten Ärzten und PP als wichtig erachtet. Fast alle befragten Personen sahen den Erfolg der medizinischen Behandlung in besonderem Maße abhängig von der Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen (ebd.). Die Forschungsergebnisse von Metaxas u. a. (2014, S.126), wonach die Hälfte der befragten KJP die Schwierigkeiten der psychotherapeutischen Behandlung in den mangelnden Möglichkeiten zur Zusammenarbeit mit dem Unterstützersystem sahen, entsprechen den hier erfassten Einschätzungen der befragten PP. Wie bereits erwähnt, hängt die Effektivität der Therapie und ihre Auswirkung im Alltag stark von der Zusammenarbeit des PP mit dem Unterstützersystem des Klienten ab. Ist durch geringe zeitliche Ressourcen eine solche Zusammenarbeit nicht oder nur eingeschränkt möglich, beeinträchtigt dies den Erfolg. Auch die Studie von Schäfer-Walkmann u. a. (2015, S. 65) erfasste zu wenig zeitliche Ressourcen der befragten Ärzte und PP, um dem zeitlichen Bedarf der Klienten entsprechend arbeiten zu können.

Mangelnde Introspektionsfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit IM, zu kognitive Therapiemethoden sowie eingeschränkte Kommunikationsfähigkeiten wurden als Erschwernisse von Metaxas u. a. (2014, S.126) erfasst. Diese Aspekte wurden im Rahmen der vorliegenden Studie nicht als Hindernisse benannt.

Sowohl ein Großteil der hier befragten PP der hier vorliegenden Forschung als auch die befragten Ärzte und PP der Studie von Schäfer-Walkmann (2015, S.53) sind der Ansicht, dass Menschen mit IM im Rahmen der psychotherapeutischen und gesundheitlichen Versorgung mit Vorurteilen und Stigmatisierungen konfrontiert sind. Diese Vorurteile stellen ein zusätzliches Erschwernis dar. So beeinflussen Vorurteile beispielsweise den Umgang mit dieser Personengruppe und die Bereitschaft, Menschen mit IM zu behandeln. Um Vorurteile abzubauen und damit Erschwernisse in der psychotherapeutischen Arbeit mit Menschen mit IM zu reduzieren, ist die Auseinandersetzung mit der Thematik in verschiedenen Bereichen erforderlich. So können beispielsweise Ausbildungsinhalte oder persönliche Kontakte zu einem Abbau von Vorurteilen führen.

Gründe für die Nicht-Behandlung erwachsener Menschen mit IM sind sowohl räumliche, strukturelle, zeitliche, finanzielle als auch informative Barrieren. Ein weiterer bedeutender Aspekt, welcher einen starken Einfluss darauf hat, ob Menschen mit IM psychotherapeutisch behandelt werden, ist die die Motivation und Einschätzung des PP hinsichtlich seiner eigenen Kompetenz, seines Wissens, seiner Erfahrung und seiner Einstellung gegenüber Menschen mit IM.

12.4 Interpretation der Ergebnisse bezüglich behandelter psychischer Störungen

Die befragten PP gaben an, bei erwachsenen Menschen mit IM häufig die Diagnosegruppen F3 (Affektive Störungen), F4 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) nach ICD-10 zu behandeln. Dies deckt sich mit den Angaben von Dielentheis (2013, S. 12), welche Angststörungen (F40-41), Zwangsstörungen (F42), Affektive Störungen (F32-34), Akute Belastungsreaktionen (F43.0), Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1), Anpassungsstörungen (F43.2) als behandelte Diagnosen benennt. Wunder (2011, S. 37) zählt zusätzlich die Diagnosen aus der Diagnosegruppe F2 (Schizophrenie), F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) und F0 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen) bei Menschen mit IM auf, die vorrangig zur Behandlung führen. Auch nach Falkai u. a. (2015, S. 51) sind bei Menschen mit IM die häufigsten Diagnosen komorbide psychische Störungen und Entwicklungsstörungen wie ADHS/ADS, depressive und bipolare Störungen und Angststörungen. Diese Reihenfolge der Häufigkeiten psychischer Störungen bei Menschen mit IM entspricht in etwa den Ergebnissen des Prävalenzbefundes des bundesweiten Gesundheitssurveys aus dem Jahre 1998. Hier werden affektive Störungen, Angst- und somatoformen Störungen als häufige psychische Störungen benannt (Wittchen, Müller, Pfister, Winter & Schmidtke, 1999, S. 216). Auch bei einer Untersuchung von Jacobi u. a. (2014, S. 80) wurden Angststörungen als die größte Störungsgruppe, gefolgt von unipolaren Depressionen und zusätzlich Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum ermittelt. Im Hinblick auf die Häufigkeitsverteilungen von psychischen Störungen in den erwähnten Untersuchungen kann geschlussfolgert werden, dass es nicht von Bedeutung ist, ob die Menschen mit einer psychischen Störung eine zusätzliche IM aufweisen oder nicht.

Bei den behandelten Verhaltensstörungen und Problembereichen bei erwachsenen Menschen mit IM stehen die Behandlung von Rückzug aus sozialen Kontakten bzw. Kontaktschwierigkeiten, aggressives Verhalten bzw. expansive Verhaltensstörungen, Autonomiekrisen, Ablösungskrisen, Pubertätskrisen sowie Hyperaktivität und Unruhe nach Angaben der befragten PP im Vordergrund. Kongruent mit diesem Ergebnis listet Dielentheis (2013, S. 12) Ablösungskrisen, Pubertätskrisen (Identitätskrisen), Selbstwertkrisen und Partnerschaftsprobleme als Indikationen für PT bei Menschen mit IM auf. Für Došen u. a. (2010, S. 16) und Seidel (2014, S. 131) sind die am häufigsten bei Menschen mit IM auftretenden Verhaltensstörungen unter anderem intensive, häufige und dauerhafte Aggressionen und selbstverletzendes Verhalten, was wiederum auch das Ergebnis der vorliegenden Forschungsarbeit widerspiegelt.

Bei der Quantifizierung der Diagnosegruppen behandelter psychischer Störungen wird deutlich, dass 25 PP insgesamt 77 Patienten aus der Diagnosegruppe F3, 19 PP in der Summe 91 Patienten mit einer Diagnose aus dem Bereich F4 und zwölf PP insgesamt 62 Patienten aus der Diagnosegruppe F5 therapieren. Damit werden im Diagnosebereich F5 die meisten Patienten pro PP betreut. Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass sich einer oder mehrere der befragten PP auf diesen Bereich spezialisiert haben und dass es hier zu Überschneidungen mit der darauffolgenden Frage bezüglich Verhaltensstörungen und Problembereichen gekommen sein könnte.

Bei der Quantifizierung von Verhaltensstörungen und Problembereichen wird das aggressive Verhalten bzw. die expansive Verhaltensstörung von 20 PP bei 134 Menschen mit IM als behandelt angegeben. Die Behandlung von Hyperaktivität bzw. von Unruhe wird bei insgesamt 128 Patienten von 19 PP übernommen. Zehn PP geben an, Syndrom spezifische Verhaltensprobleme zu behandeln und damit insgesamt 123 Patienten in diesem Bereich zu betreuen. Im Vergleich zwischen der Quantifizierung psychischer Störungen und der Quantifizierung von Verhaltensstörungen und Problembereichen kann in der vorliegenden Arbeit vermutet werden, dass im Hinblick auf die angegebenen Patientenzahlen Verhaltensstörungen und Problembereiche häufiger von PP behandelt werden, als psychische Störungen im Sinne des ICD-10. Dieses Ergebnis verwundert nicht, nachdem in der aktuellen Fachliteratur von einer Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit IM zwischen 40 (Lingg & Theunissen, 2013, S. 23) und 70% (Hennicke, 2013, S. 229) gesprochen wird. Zudem ist unklar, in welchem Rahmen die PP tätig sind, die Menschen mit Verhaltensstörungen oder mit Problembereichen behandeln. Es besteht die Möglichkeit, dass diese PP in Institutionen arbeiten und daher viele Fallzahlen in diesem Bereich angegeben werden können.

Es kann davon ausgegangen werden, dass bei Menschen mit IM ähnliche Störungen wie bei Menschen ohne IM ursächlich dafür sind, dass psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen wird. Zudem scheinen übereinstimmend mit der aktuellen Fachliteratur Rückzug aus sozialen Kontakten bzw. Kontaktschwierigkeiten, aggressives Verhalten bzw. expansive Verhaltensstörungen, Autonomiekrisen, Ablösungskrisen, Pubertätskrisen sowie Hyperaktivität und Unruhe behandelt zu werden.

12.5 Interpretation der Ergebnisse hinsichtlich der Vorbereitung auf die Behandlung

Lediglich bei einem geringen Teil der befragten Personen war PT bei Menschen mit IM Bestandteil in der PT-Ausbildung und bei etwas mehr als einem Drittel war die Thematik Bestandteil im Rahmen des Studiums. Ein Ergebnis der hier vorliegenden Arbeit ist, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein entsprechender Ausbildungsinhalte und der späteren psychotherapeutischen Behandlung von Menschen mit IM gibt. Auch in der Fachliteratur wird beschrieben, dass die Thematik in der PT-Ausbildung einschließlich der erforderlichen Flexibilität im Rahmen der Therapie bei Menschen mit IM fast vollständig ausgeblendet wird (vgl. Schanze, 2008, S. 158). Wissenschaftliche Arbeiten stimmen dem zu (vgl. Simon & Jäckel, 2014, S. 132). Eine Verankerung der behinderungsspezifischen Ausbildungs- und Fortbildungsinhalte innerhalb der unterschiedlichen Bildungsbiographien der PP scheint daher unverzichtbar, um mögliche Berührungängste abzubauen und das eigene Kompetenzgefühl bei der Behandlung von Menschen mit IM zu erhöhen. Die Behandlungsbereitschaft der PP, Menschen mit IM in Ba-Wü zu versorgen, könnte so erhöht werden. Wenn diese Faktoren durch entsprechende adäquate Maßnahmen verbessert werden, kann das dazu führen, dass möglicherweise mehr PP Menschen mit IM behandeln und die psychotherapeutische Versorgungssituation von Menschen mit IM insgesamt verbessert werden kann.

Im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage kann zusammenfassend gesagt werden, dass die PP in Ba-Wü in ihrer Ausbildung unzureichend auf die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Behinderung vorbereitet werden und hier ein deutlicher Handlungs- und Veränderungsbedarf besteht.

12.6 Interpretation der Ergebnisse bezüglich Verbesserungspotenzialen

Im Hinblick auf die Veränderungsnotwendigkeit gibt die Hälfte der PP an, dass Fortbildungen zu dem Thema benötigt werden. Weiterhin spricht sich mehr als ein Drittel dafür aus, dass vermehrtes Wissen über Intelligenzminderung und spezielles Fachwissen notwendig sind. Auch in der Erhebung von Metaxas (2014, S. 217) wurden von den befragten Personen die Thematisierung bereits in der Ausbildung, mehr Fortbildungsmöglichkeiten und die Thematisierung durch die Kammern als Verbesserungspotenziale angesehen. Hier gibt es eindeutige Übereinstimmungen mit den hier vorliegenden Ergebnissen. Auf Grundlage der Ergebnisse von Metaxas u. a. hat die LPK bereits mehrere regionale Fortbildungsveranstaltungen angeboten, um interessierte Psychotherapeuten zu schulen (Böttinger u. a., 2014, S. 3). Zusätzlich wurde eine zentrale

Fortbildungsveranstaltung der LPK Ba-Wü in Stuttgart durchgeführt. Die Anzahl der Teilnehmer bei den regionalen Veranstaltungen war laut Straub (2015, S. 22) unerwartet hoch. Die aktive Teilnahme scheint durch das entsprechende Bildungsinteresse der angesprochenen PP begründet zu sein. Das große Interesse spricht für eine weitere Verfolgung dieses Schwerpunktthemas. Zusätzlich würde entsprechende Grundlagenliteratur diesen Forderungen nach Bildung im Hinblick auf spezielles Fachwissen beitragen.

Ebenfalls wurde die Verwendung zielgruppenspezifischer Sprache als ein wichtiger Aspekt im Hinblick auf Verbesserungspotentiale in der hier vorliegenden Studie angesehen. Es kann sein, dass viele PP vor der Behandlung von Menschen mit IM aus Sorge um ein fehlendes Sprachmedium zurückschrecken. Zu betonen ist hierbei, dass es nicht die behinderungsspezifische Sprache gibt, sondern dass es unabdingbar ist, während der Therapie eine gemeinsame Sprache mit dem Klienten zu finden. Die gemeinsame Sprache kann in den meisten Fällen nicht schon im Vorfeld bekannt sein. Bei der Entwicklung der gemeinsamen Sprache ist es nicht entscheidend, ob diese auf der verbalen oder non-verbalen Ebene liegt (vgl. Pörtner, 2003).

Als weiteres Verbesserungspotential gaben die befragten PP die Notwendigkeit höherer Zeitressourcen in der Behandlung von Menschen mit IM als Aspekte an. Wie bereits erörtert, kann ein zeitlicher Mehraufwand innerhalb der Gesamtstundenzahlen bei der Therapie von Menschen mit IM auf Grund dieser Forschungsarbeit nicht bestätigt werden. Dennoch wird wohl zusätzliche Zeit für den therapeutischen Transfer in den Alltag, die Begleitung und Betreuung von Bezugspersonen und die entsprechend aufwändigeren Diagnostik benötigt, die entsprechend honoriert werden müsste. So war ein weiteres Ergebnis dieser Erhebung, dass viele PP den Erfolg der PT in Abhängigkeit von der Zusammenarbeit mit Bezugspersonen wahrnehmen. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, das soziale Umfeld beratend und unterstützend in die Therapie zu integrieren. Zudem sind die meisten befragten PP der Meinung, dass die Kontaktaufnahme zum PP durch Menschen mit IM nicht selbstbestimmt erfolgt. Daher wird der Kontakt über das soziale Umfeld und die Wichtigkeit der Begleitung durch vertraute Personen als unabdingbar angesehen. Würde die Arbeit mit dem sozialen Umfeld entsprechend honoriert, könnte dies eine Möglichkeit sein, die Versorgungssituation von erwachsenen Menschen mit IM zu verbessern.

Die befragten PP aus der hier vorliegenden Erhebung sind der Meinung, dass die Partizipation von Menschen mit IM durch die PT gefördert wird. Ein Grund, weshalb PT die Partizipation fördern kann, ist die Möglichkeit der Reduzierung von Verhaltensauffälligkeiten und subjektiv erlebtem Leidensdruck. Damit ist eine optionale bessere Integration in die Gesellschaft möglich. Durch die Unterstützung der individuellen Ressourcen im Rahmen der PT wird das Selbstbewusstsein gestärkt. Dies kann sich positiv auf die eigeninitiierte

Teilhabe auswirken. Die Partizipation ist eng mit dem Begriff der Inklusion verknüpft und ist vor allem im politischen Bereich und im Bereich der Heil- und Sonderpädagogik ein grundlegendes Ziel politischer und pädagogischer Arbeit. Zudem ist unter Fachleuten bekannt, dass fehlende Integration in die Gesellschaft, Stigmatisierung und Diskriminierung oder Pseudointegration ein wesentlicher Risikofaktor ist, an einer psychischen Störung zu erkranken (vgl. Sarimski 2007). PT könnte bei Menschen mit IM also nicht nur eine Möglichkeit sein, psychische Störungen zu behandeln, sondern auch im Sinne der Ermöglichung von Partizipation psychische Störungen prophylaktisch zu vermeiden. Aus ökonomischer Sichtweise könnten somit durch die PT von Menschen mit IM viele Folgekosten, wenn man beispielsweise an teure stationäre Unterbringungen denkt, gespart werden.

Im Hinblick auf die Forschungsfrage kann zusammengefasst werden, dass die größten Verbesserungspotentiale im Bereich der Bildung und der Wissensvermittlung zu sehen sind. Weiterhin sind erhöhte zeitliche Ressourcen, welche u. a. für die Arbeit mit Bezugspersonen dringend erforderlich sind, zu schaffen und auch zu finanzieren. Nur so kann ziel- und bedürfnisorientiert mit Menschen mit IM gearbeitet werden.

13 Diskussion

Im nachfolgenden Kapitel werden die Erhebungsmethode zur Erfassung der Daten, der Aufbau und die Gestaltung des Erhebungsinstruments sowie die der Forschungsprozess reflektiert und diskutiert.

13.1 Methodenkritik

Im Rahmen der Methodenkritik werden die Auswahl der Forschungsmethode, die Erhebung der Daten mittels Fragebogen sowie der Aufbau und die Gestaltung des Fragebogens rückblickend kritisch betrachtet.

Reflexion der Forschungs- und Erhebungsmethode

Die Entscheidung, quantitativ und rein deskriptiv Daten zu erheben und auszuwerten ist auch rückblickend als gute Entscheidung zu bewerten. Durch die relativ kleine Personengruppe, verglichen mit der Grundgesamtheit, wären statistische Auswertungen, welche über die Deskription hinausreichen, nicht möglich gewesen. Die quantitative Erhebung ist ab einer gewissen Anzahl an befragten Personen durchaus sinnvoll, um die Auswertung effektiv und die Aussagen prägnant formulieren zu können. Eine qualitative Auswertung würde den Umfang dieser Forschung übersteigen. Diese explorativ ausgelegte Studie war ein erster Schritt, sich der psychotherapeutischen Versorgungssituation erwachsener Menschen mit IM in einem Bundesland zu nähern. Eine Vollerhebung, wie sie

als Idealfall angedacht war, war durch den geringen Rücklauf nicht möglich. Es ist allerdings zu erwähnen, dass in den seltensten Fällen Vollerhebungen möglich sind. Kritisch zu sehen ist, in wie weit die Ergebnisse dazu beitragen, ein noch unbekanntes Forschungsfeld durch eine breit angelegte Deskription zu erkunden. Um von einer breit angelegten Deskription zu sprechen, wäre ein deutlich höherer Rücklauf erforderlich gewesen. Die Ergebnisse dienen sicherlich als Hinweis; die Annahme, dass sie sich auf die Grundgesamtheit übertragen lassen, ist, wie bereits mehrfach erwähnt, nur sehr eingeschränkt zulässig.

Die Auswahl der befragten Personen ist auch retrospektiv als sinnvoll zu beurteilen. Die befragten Psychotherapeuten wurden als Experten einzeln befragt. Dies war durch die schriftliche Befragung mittels Online-Befragung sehr gut möglich. Es ist zu bedenken, dass nur die PP mit diesem Fragebogen erreicht wurden, welche eine E-Mailadresse im System der LPK hinterlegt haben. Es ist möglich, dass durch Änderungen von E-Mailadressen oder überfüllte Postfächer nicht alle PP erreicht wurden. Weiterhin ist davon auszugehen, dass es Menschen gibt, welche über keine E-Mailadresse verfügen. Eine Option, welche genutzt wurde, um mehr PP zur Teilnahme an dieser Studie aufzufordern, war die Veröffentlichung des Fragebogens auf der Internetseite der LPK sowie den Länderseiten des Psychotherapeutenjournals. So konnten auch PP, welche keine Mail erhalten hatten, den Fragebogen ausfüllen. Ob tatsächlich nur PP, welche über die Internetseite den Fragebogen erhalten haben, oder ob ihn auch andere Personen, welche mit diesem Thema nichts zu tun haben, ausgefüllt haben, lässt sich nicht zurückverfolgen. Es ist allerdings davon auszugehen, dass fachfremde Personen kein Interesse daran gehabt haben dürften, einen solch spezifischen und ausführlichen Fragebogen zu beantworten.

Nachfassaktionen, d.h. Erinnerungs-E-mails oder Aufrufe über die Homepage, führten dazu, dass einige PP zur Teilnahme motiviert bzw. an die Teilnahme erinnert wurden. Diese Nachfassaktionen führten zu einer höheren Rücklaufquote.

Die Auswahl der Erhebungsmethode ist retrospektiv als geeignet zu bewerten. Durch die Befragung mittels Fragebogen konnte eine große Anzahl an Leuten mit geringem personellem und finanziellem Aufwand befragt werden. Mit der Möglichkeit, den Fragebogen im häuslichen oder beruflichen Kontext auszufüllen, konnten die Befragten diesen in Ruhe und ohne Zeitdruck durchlesen, ausfüllen und bei Bedarf etwas nachschlagen. Weiterhin war es möglich, den Fragebogen in mehreren Schritten und mit zeitlichen Abständen zu beantworten. Es ist davon auszugehen, dass Antworten dadurch überlegter sind als beispielsweise bei face-to-face-Befragungen. Außerdem kann aufgrund der Anonymität des Befragten beim Beantworten angenommen werden, dass Antworten ehrlicher gegeben werden. Allerdings ist zu beachten, dass die Datenerhebungssituation nicht kontrollierbar bzw. gestaltbar ist, d.h. nicht ersichtlich ist, wer wirklich den Fragebogen ausgefüllt hat. Durch einen fehlenden Ansprechpartner oder ein Gegenüber reduziert sich die Motivation,

an einer Erhebung teilzunehmen, was zu geringen Rücklaufquoten führt. Weshalb es zu Ausfällen kommt, kann im Nachhinein nicht überprüft werden. Im Rahmen dieser Studie wurde, ebenso wie bei vielen anderen Forschungen, nur eine geringe Rücklaufquote erreicht. Dies war bereits im Vorfeld zu erwarten. Deshalb wurde über verschiedene Wege versucht, PP zur Teilnahme aufzufordern und zu motivieren.

Die Art der Befragung, in diesem Fall die computerunterstützte Befragung, ist im Nachhinein kritisch zu sehen. Durch zeitlich wie auch technisch begrenzte Möglichkeiten wurde der Fragebogen als bearbeitbare PDF-Datei erstellt. In dieser konnten die befragten PP per Mausklick entsprechende Antworten ankreuzen oder an passender Stelle Zahlen eintragen. In diesem PDF-Dokument bestand allerdings auch die Möglichkeit, mehrere Antwortvorgaben anzukreuzen obwohl nur eine Antwort genannt werden sollte. Hier wäre es sinnvoll gewesen, das Dokument vorher entsprechend zu programmieren und es noch einmal genauestens zu prüfen. Allerdings wäre die Möglichkeit einer Online-Befragung direkt über eine Webseite die beste Wahl zur Onlinebefragung gewesen. Es wäre möglich gewesen, dass die Optionen, entsprechende Antworten zu geben, programmiert sind und damit Mehrfachantworten vermieden werden. Weiterhin wäre es möglich gewesen, die Filterfrage so einzubauen, dass die befragten Personen selbst gar nicht mehr zu den entsprechenden Antworten springen müssen, sondern dass direkt die passende Frage erscheint. Im Rahmen dieser Studie und mit den zur Verfügung stehenden zeitlichen und technischen Ressourcen ist die Wahl der Erhebungsmethode ausreichend. Möglicherweise hat die Form der elektronischen Befragung, welche am PC leicht mit der Maus und gegebenenfalls einigen Eingaben über die Tastatur zu beantworten war, einige PP dazu motiviert, den Fragebogen auszufüllen. Durch die vielen geschlossenen Fragen mit Antwortvorgaben war es möglich, mit einigen Mausklicks zu antworten. Die Option, die PDF-Version auszudrucken, könnte gerade Menschen, welche ungern am PC arbeiten, dennoch bewogen haben, den Fragebogen handschriftlich zu beantworten. Ein Nachteil an dieser Form der Beantwortung ist allerdings die Tatsache, dass die befragten Personen das Porto zum Rückversand selbst tragen mussten. Eine vorläufige Kalkulation der Versandkosten im Falle einer Paper-Pencil-Befragung kam zu unverhältnismäßig hohen Kosten. Möglicherweise hätte die Form der Befragung einen höheren Aufforderungscharakter für die PP gehabt und damit zu höheren Rücklaufquoten geführt. Allerdings war die Wahl der Art der Befragung im Rahmen dieser Studie durch finanzielle Möglichkeiten begrenzt.

Durch die Präsentation des Fragebogens auf der Webseite der LPK kann nicht nachvollzogen werden, wer genau diesen Fragebogen ausgefüllt hat. So ist es möglich, wenn auch unwahrscheinlich, dass eine Person den Fragebogen mehrmals ausgefüllt hat oder fachfremde Personen diesen ebenfalls beantworteten. Eine genaue Rücklaufquote ist

nicht berechenbar, da nicht ersichtlich ist, wie viele Fragebogen im Rahmen der Aufforderung per Mail oder über die Webseite eingingen.

Es ist davon auszugehen, dass das bereits benannte Verhältnis behandelnder und nicht behandelnder PP die aktuelle Verteilung in der Realität nicht abbildet. So lässt sich vermuten, dass PP, die behandeln, motivierter waren, den Fragebogen auszufüllen bzw. Interesse an der Studie und somit auch an ihren Ergebnissen haben. Auch in der Literatur wird erwähnt, dass Untersuchungsteilnehmer häufig Personen mit größerem Themeninteresse sind (vgl. Bortz & Döring 2016). Durch die geringe Rücklaufquote sind die Ergebnisse, wie bereits erwähnt wurde, nur bedingt aussagekräftig. Der geringe Rücklauf kann unter anderem damit zusammenhängen, dass das Thema Intelligenzminderung im Alltag der PP so gut wie keine Bedeutung hat bzw. durch fehlende Anfragen nicht wichtig ist. Weiter kann es sein, dass andere Belange, welche alle PP betreffen, bereits eine hohe Aufmerksamkeit erfordern und solche spezifischen Themen nur für eine kleine Gruppe interessant oder von Bedeutung sind. Das möglicherweise geringe Interesse der Befragten am Forschungsthema könnte zusätzlich dazu geführt haben, dass der Fragebogen von vielen angeschriebenen Personen nicht beantwortet wurde.

Um den Rücklauf zu erhöhen wäre es nötig gewesen, mehrere Nachfassaktionen auch über einen längeren Zeitraum einzuplanen. Weiterhin wäre die Thematisierung dieser Forschungsarbeit über mehrere Veröffentlichungen, beispielsweise auf Homepages, in Journalen oder bei Treffen verschiedener Arbeitsgruppe, aber auch im persönlichen Kontakt zu bestimmten PP-Gruppen hilfreich gewesen.

Reflexion von Aufbau und Gestaltung des Fragebogens

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass die zurückgeschickten Fragebogen häufig komplett ausgefüllt wurden. Zudem wurden die Fragebogen zumeist ohne große Fehler oder Auslassungen beantwortet.

Dennoch lassen sich in der Rückschau einige Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Gestaltung des Fragebogens finden, die im Folgenden reflektiert und dargestellt werden.

Im Hinblick auf den geringen Rücklauf von lediglich circa 6,64% scheint der vorliegende Fragebogen zu ausführlich gewesen zu sein. Darauf weisen auch einige Kommentare am Ende der Fragebögen hin. Es ist davon auszugehen, dass durch die Forschungsfragen und das Interesse der LPK der Fragebogen zu lang und zu differenziert gestaltet wurde, um beiden Interessensgruppen gerecht zu werden. Neben dem Einfluss des Umfangs der Fragebögen auf die Motivation potentieller Rücksender wurden zudem einige Informationen aus dem Fragebogen nicht in die vorliegende Auswertung miteinbezogen (v.a. Frageblock 9 und 11). Der Einbezug aller erhobenen Daten wäre dem

Umfang der hier vorliegenden Arbeit nicht gerecht geworden. Die erhobenen Daten, welche nicht in die Auswertung miteinbezogen wurden, werden in weiterführenden bzw. in nachfolgenden Arbeiten weiterverarbeitet.

Eine Möglichkeit, neben der Erhebung mittels Paper-Pencil-Verfahren den Rücklauf zu erhöhen und damit eine höhere Teilnahme an der Studie zu erreichen, könnte der im Anschreiben stärker herausgestellte Hinweis darauf sein, dass auch PP ohne Erfahrung in der Behandlung von Menschen mit IM den Fragebogen ausfüllen sollen und auch diese Gruppe wertvolle Hinweise bezüglich der Versorgungssituation geben kann.

Des Weiteren konnten von bestimmten Gruppen befragter Personen einige Fragen oder Fragenkomplexe nicht beantwortet werden. Beispielsweise sind PP, welche in Kliniken tätig sind, nicht in der Lage, den Gesamtstundenumfang der letzten drei durchgeführten PT zu benennen. Auch war die Frage nach der Anzahl der Seminare und nach dem Stundenumfang in der Ausbildung (Frage 3.1) für viele nicht mehr quantifizierbar und möglicherweise einfach schon zu lange her, um hier kompetent antworten zu können. Die Fokussierung auf die Fragestellung, ob IM Bestandteil in der Ausbildung bzw. im Studium gewesen war, hätte eine Quantifizierung vermieden und vermutlich ähnliche Ergebnisse erbracht. Weiterhin wäre die Motivation, den Fragebogen weiter auszufüllen, erhalten geblieben.

Zudem ist zu vermuten, dass beispielsweise in Frageblock 5 zu viele heilpädagogische Fachbegriffe enthalten waren und dass deshalb aufgrund von möglichem mangelnden Verständnis der Aussagen immer wieder keine Einschätzungen abgegeben wurden. Trotz dieser Vermutung lässt sich aufgrund der vielen eindeutigen Ergebnisse reflektieren, dass die meisten Fragen eindeutig und klar verständlich formuliert waren und die Teilnehmer nur sehr wenige Verständnisprobleme hatten.

Häufig wurde auch die Frage 8.10 nach dem Kontakt zu Schnittstellen nicht beantwortet. Hier könnten möglicherweise die feingliedrige Aufteilung und der damit verbundene erhöhte Aufwand, diese Frage zu beantworten, für die befragten Personen als ursächlich gesehen werden. Eine Umformulierung der Frage mit dichotomer Antwortvorgabe, ob Kontakt besteht oder nicht, hätte zu einer Erhöhung der Zahl der Antworten führen können.

Für viele Teilnehmer der Befragung war es vermutlich schwierig, eine konkrete Anzahl behandelter Patienten anzugeben (Frageblock 2.6, 3.1, 8.13 und 8.14). Dies scheint im Hinblick auf das Durchschnittsalter und die durchschnittliche Berufserfahrung nachvollziehbar zu sein, da die befragten Personen schon viele Jahre als PP tätig sind. Quantifizierungsfragen sind, wie bereits in vorherigen Kapiteln erwähnt, dosiert einzusetzen, da es vielen Befragten schwer fällt, präzise und korrekte Angaben zu machen. Da diese Quantifizierungsfragen für die befragten Personen schwierig zu beantworten waren und

daher immer wieder entsprechende Antworten fehlten, muss die Aussagekraft dieser Ergebnisse überdacht werden.

Manche PP, welche bereits Menschen mit IM behandelt haben, haben teilweise zusätzlich den Frageblock 10, welcher für die PP ohne Erfahrung vorgesehen war, beantwortet. Hier wären möglicherweise genauere Hinweise und eine farbliche Differenzierung bei der Gestaltung des Fragebogens sinnvoll gewesen, damit die Teilung des Fragebogens für die Teilnehmer noch deutlicher ersichtlich gewesen wäre.

Ein Problem bei der Auswertung der Fragebogen stellte immer wieder die Antwortalternative 'Sonstiges' dar. In dieser Antwortkategorie 'Sonstiges' wurden häufiger Antworten genannt, die eigentlich einer der vorangegangenen Antwortalternativen hätten zugeordnet werden müssen. Trotzdem wurden diese Antworten bei 'Sonstiges' ausgewertet. Die Differenzierung der Antwortvorgaben und das Streichen der Option 'Sonstiges' für die befragte Person, selbst noch eine eigene Antwort zu verfassen, hätte das Ausfüllen und die Auswertung der Fragebögen erleichtert.

Bei der Frage 2.1. konnte bei der Dateneingabe entdeckt werden, dass es in manchen Fragebogen auffällig oft zu Doppelantworten gekommen ist. Nachforschungen ergaben, dass es grundsätzlich nicht möglich war, bereits getätigte Antworten in der PDF-Version wieder rückgängig zu machen. Zum anderen war bei manchen Computersystemen bei der Frage 2.1 bereits eine Antwortalternative vorausgewählt. Dies war aber nicht in allen Fragebögen und nicht bei allen Computersystemen der Fall, so dass dies im Pre-Test nicht aufgefallen war. Bei der Frage 2.1 wurden dann bei der Datenauswertung die nachfolgenden Angaben (aus Frage 2.2 - Haupttätigkeitsort) berücksichtigt und die Frage dann als gültig gewertet, wenn das Ergebnis dadurch eindeutig war. Somit wurden die Ergebnisse nicht verfälscht. Auch sonst war es im Fragebogen immer wieder möglich, mehrere Antworten pro Frage anzukreuzen, obwohl nur eine Antwortalternative von den befragten Personen ausgewählt werden sollte (beispielsweise bei Likert-skalierten Fragen). In einer Überarbeitung des Fragebogens sollte daher darauf geachtet werden, dass Mehrfachantworten in der PDF- Version unmöglich sind, wenn nur eine Antwort gefordert wird oder dass eine Online-Befragung durchgeführt wird, bei der bei falscher Beantwortung Hinweise erscheinen bzw. Fehler im Vorfeld durch entsprechende Programmierung nicht auftreten können.

13.2 Reflexion des Forschungsprozesses

Bei der Reflexion des Forschungsprozesses müssen die Treffen der Projektgruppe und deren Inhalte, die Vorbereitung und Entwicklung des Fragebogens und die anschließende Erstellung der vorliegenden Arbeit reflektiert werden.

In der Rückschau können die Treffen der Projektgruppe als gelungen beurteilt werden. Die Terminabsprachen waren manchmal etwas aufwändiger, doch durch die große Bereitschaft aller Beteiligten zur Kooperation wurde immer eine Lösung gefunden. Bei den Treffen wurde zielorientiert und produktiv gearbeitet. Durch die Größe der Projektgruppe gestalteten sich Absprachen schwieriger, da unterschiedliche Forschungsinteressen verfolgt wurden. Aus diesen unterschiedlichen Interessen resultierte ein sehr umfangreicher Fragebogen, der anschließend in mehreren Rückmeldeprozessen wieder gekürzt wurde. Dabei wurde die Fokussierung auf die vorliegenden Forschungsfragen angestrebt. Das Abwägen des Forschungsinteresses im Rahmen der Master-Thesis und der Forschungsinteressen der LPK musste hinsichtlich der Forschungsfragen und auch der Fragen im Fragebogen immer wieder reflektiert und diskutiert werden. Besonders die Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen der LPK kann als fruchtbar, kooperativ und hilfreich bewertet werden. Auch die Rückmeldungen der Experten des Arbeitskreises PT bei Menschen mit Behinderung bezüglich des Fragebogens in der Endphase im Sinne eines Pre-Tests wurden in den finalen Fragebogen eingearbeitet und waren sehr hilfreich.

Es war notwendig, dass die Autoren beim Verfassen der vorliegenden Arbeit Absprachen im Hinblick auf Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten getroffen haben. Es wurde in einem gemeinsam erstellten Zeitplan festgelegt, bis zu welchem Zeitpunkt der Theorieteil, der empirische Teil und die Interpretation abgeschlossen sein sollten. Innerhalb dieser Abschnitte wurden Zuständigkeiten und Aufgaben unter den Autoren gleichmäßig aufgeteilt und wiederum Zeitpunkte für deren Fertigstellung abgesprochen. Des Weiteren haben sich die beiden Autoren über den gesamten Erstellungszeitraum im Monat jeweils an drei oder vier Tagen auch räumlich getroffen, um störungsfrei und intensiv an dem Forschungsvorhaben weiterzuarbeiten. Diese Arbeitstage ermöglichten im Besonderen die notwendigen Absprachen und Reflexionsprozesse. Zudem hatten diese Treffen den Vorteil, dass durch Gegenlesen der erstellten Textpassagen des jeweils anderen Autors neue und andere Lösungen bzw. Ansätze gefunden wurden. Auch gegenseitige Erklärungen von bestimmten Passagen oder beispielsweise Grafiken brachten immer wieder klärende Aspekte zum Vorschein.

Beide Autoren sind beruflich als Heilpädagogen tätig, was eine kontinuierliche Auseinandersetzung und Weiterarbeit an der vorliegenden Arbeit immer wieder erschwerte. Durch die abgesprochenen Zeitpunkte zur Fertigstellung von bestimmten Textteilen wurde

immer wieder die notwendige Motivation geschaffen, an der Arbeit weiterzuarbeiten, um die abgesprochenen Termine einhalten zu können. Zudem ist es bei einer gemeinsam erstellten Arbeit unbedingt notwendig, strukturiert vorzugehen. Diese gegenseitige Motivation, Kontrolle und Strukturierung kann als eindeutiger Vorteil einer Partnerarbeit angesehen werden.

Des Weiteren war die Kooperation im Bereich der Dateneingabe, Datenanalyse in SPSS und späterer Interpretation der Daten sehr hilfreich. Beide Autoren hatten bisher mit SPSS keine praktischen Erfahrungen gesammelt. Daher war es sehr hilfreich, sich gegenseitig zu beraten und somit die Daten in Austauschprozessen zu interpretieren.

Die Möglichkeit der Rücksprache und des Austausches mit dem Ansprechpartner der LPK ist rückblickend als besonders hilfreich zu erwähnen. Durch kritische Rückfragen und Hinweise auf potenziellen Verbesserungsbedarf im gegenseitigen Austausch konnten einige Aspekte der Arbeit verändert und verbessert werden. Fragen konnten direkt und unkompliziert in sehr kurzen Zeiträumen besprochen und erörtert werden. Dadurch war es möglich, Verbesserungsvorschläge zügig in die Arbeit einzuarbeiten.

Die Qualität der vorliegenden Studie kann in Anbetracht der hier vorhandenen finanziellen und zeitlichen Ressourcen im Rahmen einer Master-Thesis als vollkommen befriedigend beurteilt werden. Sollte auf eine Repräsentativität für Ba-Wü oder sogar für Deutschland abgezielt werden, braucht es hier deutlich mehr finanzielle und auch zeitliche Ressourcen sowie ein anderes Forschungsvorgehen hinsichtlich Art und Umfang der Erhebungsmethode.

V Fazit und Ausblick

Im nachfolgenden Kapitel werden in einem ersten Schritt Fragestellungen aus dem Fragebogen, welche im Rahmen dieser Forschung nicht beantwortet wurden, dargestellt. Daran anschließend werden mögliche Fragestellungen, welche sich aus den Ergebnissen dieser Studie ableiten, für weitere Forschungen erläutert. In einem weiteren Schritt werden die Ergebnisse und deren Bedeutungen auf die Heilpädagogik bezogen und diskutiert. Ein letzter Abschnitt setzt sich mit Handlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungssituation auf Grundlage der vorliegenden Forschungsergebnisse auseinander.

offene Fragestellungen

In der vorliegenden Studie wurde der Unterschied zwischen der ambulanten und stationären Versorgung erwachsener Menschen mit IM untersucht. Auf Grund des sehr geringen Rücklaufs, v.a. stationär tätiger Psychotherapeuten, konnte ein genauer Vergleich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nicht durchgeführt werden. Zudem war es angedacht, den Umfang der Behandlungsstunden sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich zu vergleichen. Auch dies war auf Grund von unzureichenden Antworten nicht möglich. Zur vollständigen Beantwortung dieser Forschungsfrage wären daher weitere Studien notwendig.

Die qualitative Auswertung der offenen Fragestellungen und der persönlichen Anmerkungen am Ende des Fragebogens konnte auf Grund des Umfangs der Arbeit nicht durchgeführt werden. Eine Auswertung und Interpretation dieser Fragestellung, welche mögliche Beweggründe der PP darlegt, ist im Rahmen einer anschließenden Arbeit erforderlich.

Anknüpfungspunkte für weitere Forschungen

Auf der Grundlage der vorliegenden Ergebnisse der Studie ergeben sich weitere Fragestellungen, welche in anschließenden Erhebungen erfasst werden können.

So ist beispielsweise an eine Vollerhebung aller PP in Deutschland zu denken, um die tatsächliche Versorgungslage zu erfassen. Bei entsprechender Teilnahme an einer solch groß angelegten Befragung können repräsentative Daten erwartet werden. Somit ließen sich genauere Auskünfte über die tatsächliche Versorgungssituation abbilden als bei Studien, welche sich auf bestimmte Gebiete der Bundesrepublik Deutschland fokussieren. Da Studien in diesem Umfang nur mit großem Aufwand und hohen zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen möglich sind, ist es erstrebenswert, Befragungen mit ähnlichen Zielsetzungen und Methoden für mehrere Bundesländer durchzuführen. Die Ergebnisse

könnten untereinander verglichen werden und ein detailliertes Bild über tatsächliche Versorgungssituation liefern.

Durch die standardisierte Erhebung und quantitative Auswertung dieser Studie konnten, wie bereits erwähnt, qualitative Angaben nicht ausgewertet werden. Im Rahmen einer detaillierten und möglicherweise qualitativen Befragung von PP, welche Menschen mit IM behandeln, könnten u. a. Behandlungsmotivation, Adaptionen bereits vorhandener Methoden, Schwierigkeiten, Finanzierungsmöglichkeiten sowie zeitlicher Mehraufwand genauer beleuchtet werden. Daraus ließen sich Verbesserungspotenziale für die zukünftige Arbeit, beispielsweise der Landes- und Bundespsychotherapeutenkammer, deutlicher abbilden.

Eine weitere relevante Studie könnte sich mit Anreizen und Veränderungen seitens der Rahmenbedingungen befassen, welche PP benötigen, um eher Menschen mit IM psychotherapeutisch zu behandeln. Dies könnte im Rahmen von postalischen standardisierten Fragebögen oder aber auch anhand von Interviews erhoben werden.

Die Veränderung der Versorgungssituation in Bezug auf mögliche Handlungsschritte, welche aus den Ergebnissen dieser Studie resultieren, könnte im Rahmen eine Folgestudie nach einem bestimmten Zeitraum erhoben und erfasst werden. Weiterhin könnte eruiert werden, ob die Ergebnisse dieser Studie zu beobachtbaren und messbaren Veränderungen in der Versorgungssituation geführt haben.

Ein weiterer Forschungsansatz, welcher sich aus dieser Forschung und aus der verwendeten Literatur ergibt, ist die detaillierte Frage nach angewendeter Diagnostik bei Menschen mit IM. Ergebnisse dieser Studie waren u. a., dass spezifische diagnostische Verfahren äußerst selten im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung genutzt werden. Es könnte zunächst eruiert werden, welche Verfahren vorhanden sind und welche Verfahren sich als hilfreich erwiesen haben. Auf dieser Grundlage wäre es möglich, Empfehlungen zur Diagnostik spezieller Fragestellungen bei Menschen mit IM auszusprechen. Die Adaption bereits in der PT erwachsener Menschen ohne IM angewendeter Methoden und Verfahren für Menschen mit IM kann eine Konsequenz der Ergebnisse sein.

Da die PP im Fokus der bisherigen Forschungsarbeiten standen, ist die Erhebung der Versorgungssituation erwachsener Menschen mit IM durch ärztliche und freie Psychotherapeuten ebenfalls ein wichtiger Ansatz. Nur durch die Erfassung aller Psychotherapeuten kann die tatsächliche Versorgungssituation realistisch abgebildet werden. Weiterhin ist davon auszugehen, dass ärztliche Psychotherapeuten im Rahmen von Kliniken tätig sind. Dadurch wäre der Vergleich der ambulanten und stationären Versorgungssituation möglich.

Bezug zur Heilpädagogik

Die Professionalität der Heilpädagogen, welche als Fachkräfte für Menschen mit IM und Verhaltensauffälligkeiten zu sehen sind, könnte die Psychotherapeuten bei der Behandlung von erwachsenen Menschen mit IM unterstützen bzw. die Behandlung bereichernd ergänzen. Durch die professionelle Ausbildung auch im Bereich des störungsspezifischen Wissens können Heilpädagogen Verhaltensauffälligkeiten, welche möglicherweise mit der IM einhergehen, von psychischen Störungen unterscheiden. Zudem könnte die Notwendigkeit einer PT für Menschen mit IM und einer psychischen Störung professionell eingeschätzt und dadurch schnellstmöglich nach geeigneten Hilfen gesucht werden.

Durch die Nutzung des Wissens im klinischen Bereich stellt die Heilpädagogik eine unverzichtbare Ergänzung der therapeutischen Arbeit bei Menschen mit IM dar (vgl. Werther & Henricke, 2008, S. 121). Daher sollte es weiterhin möglich sein, dass Heilpädagogen die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten absolvieren können und das heilpädagogische Wissen in die psychotherapeutische Arbeit einfließt. Sinnvoll wäre es im Hinblick auf die Versorgungslücke, dass Heilpädagogen mit einer Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut auch berechtigt sind, erwachsene Menschen mit IM zu behandeln und abzurechnen. Eine Modifizierung der Abrechnungsmodalitäten scheint hier notwendig.

Die Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und Heilpädagogen sollte keinesfalls als Konkurrenz angesehen werden, sondern im Sinne einer Ergänzung und Beratung verstanden werden. Der breite Überschneidungsbereich zwischen PT und Heilpädagogik sollte in gegenseitiger Wertschätzung und Anerkennung zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit IM genutzt werden. Hier ist beispielsweise an eine gegenseitige Intervision und Supervision zu denken.

Durch die oftmals tägliche Arbeit mit Menschen mit IM und den damit verbundenen Erfahrungsschatz sowie das ausbildungsbedingte Wissen könnten Heilpädagogen im wechselseitigen Austausch mit PP dazu beitragen, dass Methoden und Techniken der psychotherapeutischen Behandlung für den jeweiligen Klienten bestmöglich angepasst werden. Weiterhin sind sie in der Lage, Themen und Zielsetzungen aus dem psychotherapeutischen Kontext auch im häuslichen Umfeld des Klienten bestmöglich zu integrieren. Dadurch tragen sie zu einem optimalen Behandlungserfolg und zur Verankerung in der alltäglichen Lebenswelt der Menschen bei. Auch der geforderte intensivere Austausch mit dem Unterstützersystem und die Begleitung zu den Therapien können durch die Professionalität der Heilpädagogen durch ihre Ausbildung als äußerst sinnvoll angesehen werden.

Handlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungssituation aufgrund der Forschungsergebnisse

Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungssituation von erwachsenen Menschen mit IM stehen unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Neben der Durchführung psychotherapeutischer Therapieeinheiten ist die Diagnostik von psychischen Störungen und von Verhaltensstörungen ein Schwerpunkt psychotherapeutischer Arbeit. Daher sollten für diesen Personenkreis bereits vorhandene diagnostische Verfahren angepasst und modifiziert werden. Hier könnten entsprechende Fortbildungsveranstaltungen mit dem Schwerpunkt der diagnostischen Beurteilung psychischer Störungen bei Menschen mit IM sinnvoll sein. Zudem sollten die PP in solchen Fortbildungsveranstaltungen ermutigt werden, unterschiedliche Verfahren bei der diagnostischen Begutachtung von Menschen mit IM immer wieder anzuwenden, da nur so Erfahrung in diesem Bereich gesammelt werden kann. Auch die Entwicklung von speziellen diagnostischen Verfahren für die störungsspezifische Diagnostik bei Menschen mit IM sollte vorangetrieben werden, damit ausreichend geeignete Verfahren für die PP im Arbeitsalltag zur Verfügung stehen.

Hinzu kommt, dass es sehr sinnvoll erscheint, bereits in der PT-Ausbildung das Thema Intelligenzminderung als festen Bestandteil in den Ausbildungscurricula zu verankern. Bereits hier könnten Vorurteile abgebaut und die Behandlungsmotivation erhöht werden. Auch die rechtlichen Aspekte könnten hier nochmals beleuchtet werden, beispielsweise dass Menschen mit IM nicht von vornherein abgelehnt werden dürfen und einen Anspruch auf einen Therapieplatz besitzen.

In weiteren Fortbildungen zum Thema Intelligenzminderung könnten auch Behandlungsstrategien entwickelt werden, die an den Anforderungen erwachsener Menschen mit IM orientiert sind. Hier könnten bereits vorhandene Behandlungsmethoden adaptiert oder neue Behandlungsmethoden entwickelt werden.

Die größte Veränderung könnte hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgungsqualität an erster Stelle bei den PP selbst initiiert werden. Wenn diese motiviert sind und an den Behandlungserfolg glauben, dann sind sie auch eher bereit, Schwierigkeiten während der Behandlung von Menschen mit IM in Kauf zu nehmen. Dennoch ist die Modifikation der Abrechnungsmodalitäten hier unabdingbar. Bei der Behandlung von Menschen mit IM ist es unbedingt notwendig, dass die Arbeit mit dem Unterstützersystem und der Einbezug von Bezugspersonen zusätzlich finanziell vergütet oder mit erweiterten zeitlichen Ressourcen ermöglicht werden.

Auch ist die Informationsvermittlung bezüglich der möglichen PT gegenüber gesetzlichen Betreuern, pädagogischen Fachkräften und Angehörigen notwendig. Durch

das Wissen des täglichen Lebensumfelds würden möglicherweise auch mehr Anfragen für eine PT bei PP eingehen.

Eines der größten politischen und gesellschaftlichen Ziele in Deutschland ist die Inklusion von Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft. Eine erfolgreich durchgeführte psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit IM fördert zum einen den Behandlungsanteil von Menschen mit IM. Gleichzeitig könnte durch die Behandlung und der damit verbundenen Reduktion von möglichen Symptomen auch die Inklusion gefördert werden.

Des Weiteren könnte man darüber nachdenken, ob man die Zugangsvoraussetzungen für eine Ausbildung in der PT verändern könnte. Mit einem Master-Abschluss in Klinischer Heilpädagogik haben Heilpädagogen häufig Erfahrung in der Arbeit mit erwachsenen Menschen mit IM und Störungsbildern sowie Erfahrung in der Therapie (u. a. in der Spieltherapie). Die Zugangsmöglichkeit der Klinischen Heilpädagogen (M.A.) zu PT-Ausbildung könnte eine Möglichkeit sein, die mangelhafte psychotherapeutische Versorgungssituation von Menschen mit IM minimal zu verbessern.

Es ist zusätzlich eine Sensibilisierung der PP für dieses Thema erforderlich. Diese Studie kann einen Teil dazu beitragen, über die mangelhafte Versorgungslage aufzuklären, Wissen zu vermitteln, Barrieren und Vorurteile der PP gegenüber Menschen mit IM abzubauen und die Behandlungsmotivation zu erhöhen. Zu einer Verbesserung der Versorgungssituation braucht es eine Veränderung der Einstellung der PP zu eben jener speziellen Klientengruppe. Weiterhin sind Vorurteilsfreiheit und Offenheit der PP und Veränderungen auf politischer Ebene im Sinne von angepassten Finanzierungsmöglichkeiten erforderlich.

Literaturverzeichnis

- Ahlemeyer, H. (2010). Intelligenzminderung-Beschaffenheit der Störung und Bedeutung für die Delinquenz. In K. Hoffmann (Hrsg.), *Delinquenz und geistige Behinderung im Spannungsfeld zwischen Recht und Hilfe* (S. 14–29). Berlin: DGSGB.
- Arndt, P. & Klingen, N. (2011). *Psychosomatik und Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Awiszus-Schneider, H. (1996). Psychotherapie und Lebensumfeldgestaltung bei Menschen mit geistiger Behinderung. In W. Lotz, B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.), *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 141–153). Göttingen: Hogrefe.
- Badelt, I. (2004). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit gesprächspsychotherapeutischem Schwerpunkt bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. In K. Hennische (Hrsg.), *Ambulante Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung und einer psychischen Störung. Praktischer Erfahrungen mit den sog. Richtlinienverfahren* (S. 11–20). Berlin: DGSGB.
- Barrett, B. F. & Feuerheld, C. (2011). Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Differentialdiagnostik und Therapie. In K. Hennische (Hrsg.), *Verhaltensauffälligkeiten - Problemverhalten - psychische Störungen* (S. 79–95). Berlin: DGSGB.
- Beail, N., Warden, S., Morsley, K. & Newman, D. (2005). Naturalistic Evaluation of the Effectness of Psychodynamic Psychotherapy with Adults with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, (18), 245–251.
- Beail, N. & Williams, K. (2014). Using qualitative methods in research with people who have intellectual disabilities. *Journal of applied research in intellectual disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, (27), 85–96.
- Benecke, C. (2014). *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Berger, E. (1996). Die psychiatrische Betreuung (geistig) behinderter Menschen. Abgerufen 3. März 2016, von <http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-betreuung.html>
- Berger, E. (2006). Psychiatrische Hilfe für Menschen mit intellektueller Behinderung - Diagnostik, Therapie und strukturelle Bedingungen. Abgerufen 3. März 2016, von <http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-psychiatrisch.html>
- Berger, E. (2007). Psychotherapie für Menschen mit intellektueller Behinderung. Abgerufen 4. Januar 2016, von http://www.alle-auf-die-couch.alphanova.at/wp-content/uploads/2011/06/Berger_bidok-Psychotherapie-intellektuelle-Beeintr%C3%A4chtigung.pdf
- Berger, E. & Müller, C. (2002). Therapeutische Hilfe der Psychiatrie für behinderte Menschen. *Geistige Behinderung*, (1), 27–36.

- Berking, M. & Rief, W. (2013). *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Band II: Therapieverfahren*. Berlin: Springer.
- Bienstein, P. & Rojahn, J. (2013). *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Bienstein, P. & Weber, P. (2014). *Psychische Störungen: im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege*. Köln: Psychiatrie.
- Bleidick, U. (1999). *Behinderung als pädagogische Aufgabe. Behinderungsbegriff und behindertenpädagogische Theorie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bohlmann, K. (2011). Indikation zur Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung im Rahmen des multimodalen Behandlungskonzepts der Erwachsenenpsychiatrie - Ein Erfahrungsbericht. In K. Henricke (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 184–193). Marburg: Lebenshilfe-Verl.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Böttiger, U., Diegel, K., Dornberg, M., Glasenapp, J., Halbeis, D., Kolbe, H., ... Straub, R. (2014). Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Fragen & Antworten für interessierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. (A. P. für M. mit B. Landespsychotherapeutenkammer Baden- Württemberg, Hrsg.). Abgerufen von http://lpk-bw.de/archiv/news2014/pdf/20141219_pschotherapie_menschen_mit_geistiger_behinderung_fragen_und_antworten.pdf
- Buchner, T. (2008). Erleben von Psychotherapie aus Sicht von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung. *Geistige Behinderung*, 9(2), 178–182.
- Bundesministerium für Gesundheit, G. B. (2015). Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie. Abgerufen von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1099/PT-RL_2015-10-15_iK-2016-01-06.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK. Abgerufen von http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf
- Bundschuh, K., Heimlich, U. & Krawitz, R. (2007). *Wörterbuch Heilpädagogik*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Capri, C. (2014). On developing an intersubjective frame for intellectual disability work. *Disabil Rehabil*, 36(5), 418–423.
- Caspar, F., Belz, M. & Schneider, F. (2016). Psychotherapie. In F. Schneider (Hrsg.), *Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 195–224). Berlin: Springer.
- Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British journal of psychiatry*, (190), 27–35.

- Dahlhaus, W. (2013). *Schwachpunkte bzw. Entwicklungsbedarf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebote aus Sicht von niedergelassenen Ärzten*. Kassel- Wilhelmshöhe. Abgerufen von http://www.diefachverbaende.de/files/veranstaltungen/fachtag-doppeldiagnosen/Vortrag_W.Dahlhaus_14.00_Uhr.pdf
- Dederich, M., Allar, D. & Fabig, E. (1999). Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung in Krisensituationen. Eine empirische Studie zum Bedarf psychotherapeutischer Angebote in der Region Köln. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, (10), 476–485.
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2013). *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006*. Abgerufen am 02.04.2016, von http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_b_de.pdf
- DGPPN, D. G. für P., Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). (2009). Positionspapier „Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen - Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven“. Abgerufen von https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/dokumente/referate/psychische-stoerungen/zielgruppenspezifische-versorgung.pdf
- Dielentheis, T. (2013). *Vergessene Patienten? Psychiatrische Versorgung geistig behinderter Patienten*. Düsseldorf, Haus der Ärzteschaft. Abgerufen von <https://www.aekno.de/downloads/aekno/vergessene-patienten-2013-dielentheis.pdf>
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber.
- DIMDI- ICF Version 2005. (o. J.). Abgerufen 26. Mai 2016, von <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/icf/kodesuche/onlinefassungen/icfhtml2005/index.htm>
- Döring, N., Bortz, J., Pöschl, S., Werner, C. S., Schermelleh-Engel, K., Gerhard, C. & Gäde, J. C. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Došen, A. (2010). *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung: Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe.
- Došen, A., Garner, W. I., Griffiths, D. M., King, R. & Lapointe, A. (2010). Praxisleitlinien und Prinzipien. Assessment, Diagnostik, Behandlung und Unterstützung für Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten. - Europäische Edition - Materialien der DGSGB. Band 21. Abgerufen von <http://dgsgeb.de/downloads/volumes/band%2021.pdf>

- Eckert, J., Barnow, S. & Richter, R. (2010). *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie*. Bern: Hans Huber.
- Eckert, J. & Petersen, H. (2012). Indikationsstellung. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen, & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie* (S. 139–176). Berlin: Springer.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (Hrsg.). (2012). *Gesprächspsychotherapie*. Berlin: Springer.
- Elbing, U., Glasenapp, J., Moschner, B. & Rohmann, U. H. (2000). Mikroanalyse wechselseitiger Nachahmungsprozesse in der Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung. *Heilpädagogische Forschung*, 26(2), 58–67.
- Endermann, M. & Sander, J. (1999). Psychotherapeutische Handlungsmodelle im Arbeitsfeld Geistige Behinderung. *Geistige Behinderung. Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit Geistiger Behinderung e.V.*, 38(2), 179–192.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., ... Zaudig, M. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Fegert, J. M., Eggers, C. & Resch, F. (2011). *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Berlin: Springer.
- Fischer, E. (2008). *Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen-Theorien-aktuelle Herausforderungen*. Oberhausen: ATHENA.
- Fletcher, R. J. (2007). Diagnostic Manual for Persons with Intellectual Disabilities (DM-ID) - eine Einführung. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen* (S. 30–31). Stuttgart: Schattauer.
- Flick, U. (2009). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. Reinbek: Rowohlt.
- Fornfeld, B. (2000). *Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik*. München: Ernst-Reinhardt.
- Fornfeld, B. (2002). *Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik*. München: Ernst-Reinhardt.
- Fornfeld, B. (2013). *Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik*. München: Ernst-Reinhardt.
- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. & Zielasek, J. (2013). Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(47), 799–808.
- Gärtner-Peterhoff, D., Rattay, E. & Sand, A. (1989). Prinzipien des therapeutischen Vorgehens. *Geistige Behinderung*, (1), 15–26.
- Geisenberger-Samaras, C. (2007). Verhaltenstherapie bei Menschen mit Lern- und geistiger Behinderung. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für*

- Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen (S. 205–217). Stuttgart: Schattauer.
- Glaserapp, J., Elbing, U., Moschner, B. & Rohmann, U. H. (2000). Explorative Mikroanalyse von Prozessen der Beziehungsgestaltung in der Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung. *Heilpädagogische Forschung*, 26(3), 132–141.
- Glaserapp, J. & Hennicke, K. (2013). *Intensivbetreuung in der Diskussion. Orientierungspunkte für Diagnostik und Therapie*. Berlin: DGSGB.
- Göpel, C. & Schmidt, M. H. (2009). Psychische Störungen bei Intelligenzminderung. In F. Petermann (Hrsg.), *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (S. 265–278). Göttingen: Hogrefe.
- Görres, S. (1996). Ethische Fragen in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In W. Lotz, B. Stahl & D. Irlich (Hrsg.), *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 29–39). Göttingen: Hogrefe.
- Greving, H. & Gröschke, D. (2000). *Geistige Behinderung- Reflexionen zu einem Phantom. Ein interdisziplinärer Diskurs um einen Problembegriff*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Haberl, R. (2015). (Wie) Kann Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung funktionieren? *Psychotherapie Forum*, 20(1–2), 54–58.
- Hackenberg, W. (1996). Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Zugänge zum Verstehen und Ansätze zur Behandlung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 1(47), 10–17.
- Hahlweg, K. & Keim, V. (2010). Erstgespräche zur psychotherapeutischen Behandlung mit Menschen mit geistiger Behinderung. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Hrsg.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie* (S. 322–338). Bern: Hans Huber.
- Häßler, F. (2011). *Intelligenzminderung: Eine ärztliche Herausforderung*. Berlin: Springer.
- Häßler, F. (2014). Diagnose Intelligenzminderung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 8(3), 159–163.
- Häßler, F., Buscher, M., Bienstein, P., Caby, F., Hennicke, K., Hoffmann, K., ... Roosen-Runge, G. (2014). S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. (AWMF online, Hrsg.). Abgerufen von http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042l_S2k_Intelligenzminderung_2014-12.pdf
- Häßler, F., Fegert, J. M., Berger, E., Buchmann, J., Gaedt, C., Meins, W., ... Tilch, P. (2000). *Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung: Therapiekompandium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte*. Stuttgart: Schattauer.
- Havemann, M. & Stöppler, R. (2014). *Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Handbuch für eine inklusive medizinisch-pädagogische Begleitung*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Hennicke, K. (2000). *Modelle spezialisierter psychiatrischer Hilfen für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung*. Berlin: DGSGB.
- Hennicke, K. (2004). Zur Einführung: Wer bietet Psychotherapie an, wie und unter welchen Voraussetzungen bekommt man sie? In K. Hennicke (Hrsg.), *Ambulante Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung und einer psychischen Störung. Praktischer Erfahrungen mit den sog. Richtlinienverfahren* (S. 4–10). Berlin: DGSGB.
- Hennicke, K. (2004). *Ambulante Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung und einer psychischen Störung. Praktischer Erfahrungen mit den sog. Richtlinienverfahren*. Berlin: DGSGB.
- Hennicke, K. (Hrsg.). (2008a). *Psychopharmaka in der Behindertenhilfe - Fluch oder Segen?* Berlin: DGSGB.
- Hennicke, K. (2008b). Zur Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie in Deutschland- Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36(2), 127–134.
- Hennicke, K. (Hrsg.). (2011a). *Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung*. Marburg: Lebenshilfe-Verl.
- Hennicke, K. (2011b). *Verhaltensauffälligkeiten - Problemverhalten - psychische Störungen*. Berlin: DGSGB.
- Hennicke, K. (2013). Zur psychosozialen Versorgungssituation geistig behinderter Menschen mit zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen. In P. Bienstein & J. Rojahn (Hrsg.), *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Intervention* (S. 228–250). Göttingen: Hogrefe.
- Hennicke, K., Buscher, M., Häbeler, F. & Roosen-Runge, G. (2009). *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung: Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie. S1- Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.* (1., Auflage). Berlin: MWV.
- Hennicke, K. & Meins, W. (2000). Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung von geistig Behinderten mit psychischen Störungen. In K. Hennicke (Hrsg.), *Modelle spezialisierter psychiatrischer Hilfen für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 43–48). Berlin: DGSGB.
- Hennicke, K. (2014). *Seelische Verletzung (Trauma) bei Menschen mit geistiger Behinderung. Wahrnehmen, Betreuen, Behandeln*. Berlin: DGSGB.
- Hettinger, J. (1996). Modelle und Methoden der allgemeinen Psychotherapieforschung und ihre Bedeutung für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung. In W. Lotz, B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.), *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 172–186). Göttingen: Hogrefe.
- Hoffmann, K. (2010). *Delinquenz und geistige Behinderung im Spannungsfeld zwischen Recht und Hilfe*. Berlin: DGSGB.

- Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor*. Berlin: Springer.
- Idusohan-Moizer, H., Sawicka, A., Dendle, J. & Albany, M. (2015). Mindfull-based cognitive therapy for adults with intellectual disabilities: an evaluation of the effectiveness of mindfull in reducing symptoms of depression an anxiety. *Journal of intellectual disability research*, 59(2), 93–104.
- Irblich, D. & Stahl, B. (2003). *Menschen mit geistiger Behinderung: Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder*. Göttingen: Hogrefe.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, (85), 77–87.
- Jacobi, F. & Kessler-Scheil, S. (2013). Epidemiologie psychischer Störungen. Häufigkeit und Krankheitslast in Deutschland. *Psychotherapeut*, (58), 191–206.
- Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen, H.-U. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, (47), 736–744.
- Kirkland, J. (2005). cognitive-behaviour formulation for three man with learning disabilities who experience psychosis: how do we make it make sense? *British Journal of Learning Disabilities*, (33), 160–165.
- Konrad, K. (2011). *Mündliche und schriftliche Befragung. Ein Lehrbuch*. Landau: Empirische Pädagogik.
- Krohne, H. W. & Hock, M. (2015). *Psychologische Diagnostik: Grundlagen und Anwendungsfelder*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kromrey, H. (2007). *Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung*. Stuttgart: UTB.
- Kuckartz, U., Rädiker, S., Ebert, T. & Schehl, J. (2010). *Statistik: Eine verständliche Einführung*. Wiesbaden: VS.
- Kufner, K. (2015). Wie behandeln wir Menschen mit einer Intelligenzminderung? *Projekt Psychotherapie*, (2), 18–21.
- Lambert, M.J. (2013), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 169–218). New York: Wiley.
- Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Arbeitskreis „Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung“. (2014). *Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Fragen & Antworten für interessierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Stuttgart.

- Lewis, L. & Langer, K. G. (1994). Symbolization in psychotherapy with patients who are disabled. *American journal of psychotherapy*, 48(2), 231–263.
- Lingg, A. & Theunissen, G. (2013). *Psychische Störungen und geistige Behinderungen: Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Lotz, W., Stahl, B. & Irblich, D. (1996). *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Luxen, U. (2001). Schwere Verhaltensstörungen als Herausforderung für Psychotherapie und heilpädagogischen Alltag. Ein Bericht aus der Praxis. *Geistige Behinderung*, (4), 350–361.
- Mehler-Wex, C. & Warnke, A. (2008). Medizinische Gesichtspunkte bei geistiger Behinderung. In E. Fischer (Hrsg.), *Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen, Theorien, aktuelle Herausforderungen*. Oberhausen: ATHENA.
- Meir, S. (2014). Besondere Bedingungen in der Diagnostik und der Therapie. In K. Henricke (Hrsg.), *Seelische Verletzung (Trauma) bei Menschen mit geistiger Behinderung. Wahrnehmen, Betreuen, Behandeln*. (S. 13–18). Berlin: DGSGB.
- Metaxas, C., Wunsch, A., Simon, T. & Nübling, R. (2014). Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung. Zur aktuellen Versorgungslage in Baden- Württemberg. *Psychotherapeuten Journal*, (2), 122–130.
- Micheel, H.-G. (2010). *Quantitative empirische Sozialforschung*. München: UTB.
- Mühl, H. (2000). *Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Müller-Hohagen, J. (1996). Indikationen und Kontraindikationen in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In W. Lotz, B. Stahl, & D. Irblich (Hrsg.), *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 62–75). Göttingen: Hogrefe.
- Neuhäuser, G. (2000). Geistige Behinderung aus medizinischer Sicht. In H. Greving, D. Gröscke (Hrsg.), *Geistige Behinderung- Reflexionen zu einem Phantom. Ein interdisziplinärer Diskurs um einen Problembegriff* (S. 31–38). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Neuhäuser, G., Steinhausen, H.-C., Häbeler, F., Sarimski, K., Sarimski, K., Gontard, A. von, ... Lachwitz, K. (2013). *Geistige Behinderung: Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Nicoll, M., Beail, N. & Saxon, D. (2013). Cognitive behavioural treatment for anger in adults with intellectual disabilities: a systematic review und meta-analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26, 47–62.
- Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N. & Schmidt, J. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, (4), 389–397.

- Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M. & Schmidt, H. (2014). *Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Ergebnisbericht*. Stuttgart: unveröffentlicht.
- Petermann, F. (2009). *Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Peters, H. (2001). *Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Porst, R. (2008). *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch*. Wiesbaden: VS.
- Pörtner, M. (2003). Nicht was fehlt, ist entscheidend, sondern was da ist. Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. *Analytische Psychologie*, 34(2), 112–125. <https://doi.org/10.1159/000070718>
- Raithel, J. (2006). *Quantitative Forschung: Ein Praxiskurs*. Wiesbaden: VS.
- Rojahn, J. & Bienstein, P. (2013). Selbstverletzendes Verhalten: Beschreibung, Definition und Epidemiologie. In P. Bienstein & J. Rojahn (Hrsg.), *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Intervention* (S. 29–55). Göttingen: Hogrefe.
- Roosen-Runge, G. (2008). Wie geht's in der Praxis? Psychotherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis mit Sozial-Psychiatrischer Versorgung (SPV). *Geistige Behinderung*, 9(2), 171–177.
- Rotthaus, V. & Wilms, B. (2012). Psychotherapie von psychischen Störungen und Verhaltensproblemen bei Menschen mit Intelligenzminderung. In *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Sappok, D. T., Voß, T., Millauer, E., Schade, C. & Diefenbacher, A. (2010). Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. *Der Nervenarzt*, 81(7), 827–836.
- Sarimski, K. (2007). Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen - Übersicht und Schlussfolgerungen für die Psychodiagnostik. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 35(1), 19–31.
- Schäfer-Walkmann, S., Traub, F., Häussermann, M. & Walkmann, R. (2015). *Barrierefrei gesund: sozialwissenschaftliche Analyse der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung im Stadtgebiet Stuttgart*. (Caritasverband für Stuttgart e.V., Hrsg.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schanze, C. (2007). Diagnostik und Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten (F7). In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen* (S. 145–157). Stuttgart: Schattauer.

- Schanze, C. (2007). Gesprächsführung, Beratung und Personenzentrierte Gesprächspsychotherapie. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen* (S. 198–204). Stuttgart: Schattauer.
- Schanze, C. (Hrsg.). (2007). *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schanze, C. (2008). Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. *Geistige Behinderung*, (2), 157–162.
- Schmidt, H. (2007). Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der Diagnostik bei geistig Behinderten. In C. Schanze (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen* (S. 25–27). Stuttgart: Schattauer.
- Schneider, F. (2016). *Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Schnell, R. (2012). *Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen*. Wiesbaden: VS.
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2011). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg.
- Scholz, F. (2013). Rahmenbedingungen von Psychotherapie und Beratung. In M. Berking & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Band II: Therapieverfahren* (S. 1–11). Berlin: Springer.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst, T. & Koch, U. (2008). Psychotherapeutische Versorgung. *Gesundheitsberichtserstattung des Bundes*.
- Schulz, H., Barghaan, D., Koch, U. & Harfst, T. (2011). Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 362–380). Berlin: Springer.
- Schützwahl, M., Koch, A., Koslowski, N., Puschner, B., Voß, E., Salize, H. J., ... Vogel, A. (2016). Mental illness, problem behaviour, needs and service use in adults with intellectual disability. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(5), 767–776.
- Seidel, M. (2000). *Das Konzept der Verhaltensphänotypen. Ein klinisch-genetischer Beitrag zur Erklärung bestimmter Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung?* Berlin: DGSGB.
- Seidel, M. (2002). Referat Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. *Nervenarzt*, (73), 484–486.

- Seidel, M. (2007). Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland: Statistik, Lebenswelten, Hilfesysteme und Sozialrecht. In M. Seidel (Hrsg.), *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen* (S. 5–12). Stuttgart: Schattauer.
- Seidel, M. (2007). *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen*. Stuttgart: Schattauer.
- Seidel, M. (2008). Psychotherapie mit Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe. *Geistige Behinderung*, (2), 138–143.
- Seidel, M. (2012). *Problemverhalten bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung eine internationale Leitlinie zum Einsatz von Psychopharmaka. Band 26*. Berlin: DGSGB.
- Seidel, M. (2013). *Differenzierung des Begriffs psychische Störung im Hinblick auf unterschiedliche (Be-)Handlungsoptionen*. Kassel- Wilhelmshöhe. Abgerufen von http://www.diefachverbaende.de/files/veranstaltungen/fachtag-doppeldiagnosen/Praesentation_Prof.-Dr.-Michael-Seidel_10.45-Uhr.pdf
- Seidel, M. (2013). Geistige Behinderung- eine Einführung. In P. Bienstein & J. Rojahn (Hrsg.), *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Intervention* (S. 11-29). Göttingen: Hogrefe.
- Seidel, M. (2013). Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Beitrag zur begrifflichen Klärung. In J. Glasenapp & K. Hennicke (Hrsg.), *Intensivbetreuung in der Diskussion. Orientierungspunkte für Diagnostik und Therapie* (S. 19–29). Berlin: DGSGB.
- Seidel, M. (2014). Psychische Störungen - Allgemeines. In P. Bienstein & P. Weber (Hrsg.), *Psychische Störungen: im Arbeitsgebiet der Heilerziehungspflege* (S. 118–173). Köln: Psychiatrie.
- Seidel, M. & Glasenapp, J. (2015). Vorschläge der DGSGB zur Überarbeitung der PT-Richtlinien. Abgerufen von http://www.dgsgb.de/downloads/documents/dgsgb_stellungnahme_pt-richtlinien.pdf
- Simon, T. & Jäckel, A. (2014). Inhalte zur Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Psychotherapeuten Journal*, (2), 131–133.
- Smith, I. C. (2005). Solution-focused brief therapy with people with learning disabilities: a case study. *British Journal of Learning Disabilities*, (33), 102–105.
- Speck, O. (2012). *Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung*. München: Ernst-Reinhardt.
- Stahl, B. (2003). Psychotherapie und psychologische Beratung. In D. Irblich & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder* (S. 591–645). Göttingen: Hogrefe.

- Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet gesamt. (2015, Dezember 31). Abgerufen 3. Mai 2016, von http://www.kbv.de/media/sp/2015_12_31.pdf
- Steinhausen, H.-C. (2001). Psychopathologie bei geistiger Behinderung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149(2), 165–172.
- Stemmler, G. & Margraf-Stiksrud, J. (2015). *Lehrbuch Psychologische Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Straub, R. (2015). Intensivierte Auseinandersetzung. Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung: das Beispiel Baden- Württemberg. *Projekt Psychotherapie*, (2), 22.
- Strotzka, H. (1975). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Taylor, J. & Morrissey, C. (2012). Integrating treatment for offenders with an intellectual disability and personality disorder. *The British Journal of Forensic Practice*, 14(4), 302–315.
- Theunissen, G. (2011a). *Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Theunissen, G. (2011b). Verhaltensauffälligkeiten und Parallelbegriffe in Abgrenzung zu psychischen Störungen. Ein Klärungsversuch und Konsequenzen für die Praxis. In K. Hennische (Hrsg.), *Verhaltensauffälligkeiten - Problemverhalten - psychische Störungen* (S. 36–50). Berlin: DGSG.
- Verberne, G. J. (1996). Möglichkeiten und Grenzen psychotherapiebezogener Diagnostik in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen. In W. Lotz, B. Stahl & D. Irlich (Hrsg.), *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 76–97). Göttingen: Hogrefe.
- Voß, T. (2014). Persönlichkeitsstörung und Intelligenzminderung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, (8), 169–174.
- Voß, T., Schade, C., Kaiser, H. & Jeschke, C. (2008). Und es geht doch! Stationäre Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. *Geistige Behinderung*, (2), 132–137.
- Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J., Jahn, R., Duncker, C. & Farrenkopf, N. (2010). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung. Abgerufen von https://www.mm.wiwi.uni-due.de/fileadmin/./Gutachten_DPtV_finalfinalkorr.pdf
- Warnke, A. (2002). Die Therapie psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. *Geistige Behinderung*, (1), 1–3.
- Warnke, A. & Lehmkuhl, G. (2011). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland: die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Stuttgart: Schattauer.
- Werther, F. (2005). Warum finden Menschen mit geistiger Behinderung so schwer einen ambulanten Therapieplatz? Überlegungen zu den Ursachen und Gedanken zur Überwindung der Misere. *Psychotherapeutenjournal*, (2), 116–122.

- Werther, F. & Hennieke, K. (2008). Der Versuch einer Bestandsaufnahme. *Geistige Behinderung*, (2), 117–124.
- Whitehouse, R. M., Tudway, J. A., Look, R. & Stenfert Kroese, B. (2006). Adapting individual psychotherapy for adults with intellectual disabilities: a comparative review of the cognitive-behavioural and psychodynamic literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, (19), 55–65.
- Wittchen, H.-U., Hoyer, J., Fehm, L., Jacobi, F. & Junge-Hoffmeister, J. (2011). Klinisch-psychologische und psychotherapeutische Verfahren im Überblick. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 449–476). Berlin: Springer.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, (21), 655–679.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. & Schmidtkunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. Abgerufen von https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/zw_das-gesundheitswesen/gesu-suppl_klein.pdf#page=162
- Wunder, M. (2011). Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung- Ist dies eine Selbstverständlichkeit? In K. Hennieke (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 23–40). Marburg: Lebenshilfe-Verl.

ERKLÄRUNG

Hiermit bestätigen wir unterschriftlich, dass die Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden.

Die erarbeitenden Anteile bei dieser Gruppenarbeit sind auf einem gesonderten Blatt entsprechend gekennzeichnet.

Freiburg, den 20.12.2016

Amelie Engenhorst

Freiburg, den 20.12.2016

Katharina Kremitzl

ANHANG

Im Anhang dieser Arbeit können folgende Dateien eingesehen werden:

- Anhang 1: Anschreiben an die Psychologischen Psychotherapeuten
- Anhang 2: Fragebogen an die Psychologischen Psychotherapeuten
- Anhang 3: Zuordnung der Fragebogen- Items zu den Forschungsfragen

Auf der beiliegenden CD können folgende zusätzliche Dateien eingesehen werden:

- Anhang 4: ausgefüllte Fragebögen der Psychologischen Psychotherapeuten
- Anhang 5: Fragebögen, die als Grundlage zur Entwicklung des vorliegenden Fragebogens dienten
- Anhang 6: SPSS – Datei und Ergebnistabellen
- Anhang 7: Sonstiges (Mitteilung über Forschung in den Länderseiten der LPK)



Stuttgart/Freiburg, 20.05.2016

Befragung zur psychotherapeutischen Versorgungssituation erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg

Sehr geehrtes Kammermitglied,

Angehörige, Verbände und Träger berichten seit Jahren, dass es besonders schwer sei, einen ambulanten Therapieplatz für Menschen mit Intelligenzminderung und einer psychischen Störung zu finden. Die Landespsychotherapeutenkammer hat sich seit 2012 dieses Problems angenommen. Um hier Verbesserungen zu erreichen, wurde ein Arbeitskreis von Experten eingesetzt. Dieser wurde gebeten, eine Bestandserhebung durchzuführen und Vorschläge zu erarbeiten, wie die Situation verbessert werden könnte, bzw. auf welche Mängel und Probleme in der Versorgung verstärkt hingewiesen werden sollte.

Neben dem Vorschlag, Fortbildungen auf regionaler Ebene durchzuführen, um die fachliche Kompetenz zu stärken, Fragen zu klären und Vernetzungen (Qualitätszirkel) anzuregen, wurde vom Arbeitskreis empfohlen, parallel dazu eine Bestandserhebung zur psychotherapeutischen Versorgungssituation erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in Baden-Württemberg durchzuführen. 2012 hatten wir daraufhin bereits in Kooperation mit der Katholischen Hochschule Freiburg im Rahmen einer Masterarbeit im Masterstudiengang Klinische Heilpädagogik die Möglichkeit, eine Studie zur Versorgungssituation von Kindern- und Jugendlichen mit Intelligenzminderung durchzuführen; eine Publikation dazu finden Sie unter http://www.lpk-bw.de/fachportal/fachbeitraege/fb_pdf/metaxas_etal_pt_intellmin_kiju_ptj2014.pdf.

Nun wollen wir, wiederum in Kooperation mit der Katholischen Hochschule Freiburg, eine weitere Befragung, diesmal zur psychotherapeutischen Versorgung von erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung anschließen. Ziel dieser Fragebogenerhebung ist es, den aktuellen psychotherapeutischen Versorgungsstand erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung zu erheben und auf dieser Basis Verbesserungsmöglichkeiten herauszuarbeiten. Hierzu wurde ein Fragebogen entwickelt, den wir Sie bitten möchten, auszufüllen und möglichst zeitnah zurückzusenden. Bitte unterstützen Sie unser Vorhaben, das Ausfüllen des Fragebogens erfordert etwa 15 bis maximal 30 Minuten Ihrer Zeit.

Anhang 1: Anschreiben an die Psychologischen Psychotherapeuten

Der Bogen wendet sich an alle Kammermitglieder, die in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen tätig sind, d.h. an alle Niedergelassenen (mit und ohne KV-Zulassung) und an alle, die im institutionellen Kontext arbeiten (Angestellte in Beratungsstellen, Ambulanzen, Heimen, Kliniken, in einer Praxis u.ä.). Eine genauere Definition von Intelligenzminderung welche Sie ggf. zur Bearbeitung des Fragebogens hinzuziehen können, ist als Informationsblatt im Anschluss an das Anschreiben beigelegt (s.u.).

Auch wenn Sie erwachsene Patienten versorgen und dabei KEINE Patienten mit einer Intelligenzminderung behandeln, möchten wir Sie bitten, den Fragebogen zu bearbeiten. Die Bearbeitungszeit nimmt dann weniger Zeit in Anspruch.

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Bogen möglichst in den nächsten Tagen, spätestens bis zum 30.06.2016, an uns zurück. Falls Sie in eigenen Worten Angaben machen wollen, verwenden Sie die letzte Fragebogenseite oder ggf. auch ein Zusatzblatt. Der Fragebogen liegt als beschreibbare pdf-Datei bei. Wenn Sie ihn elektronisch ausfüllen wollen, speichern Sie die Datei am besten auf Ihrer Festplatte, füllen ihn aus und schicken ihn nach erneuter Speicherung per mail an uns zurück (an newsletter@lpk-bw.de). Sie können ihn aber auch ausdrucken, von Hand ausfüllen und uns dann eingescannt per mail, per Fax oder auch per Post (an LPK Baden-Württemberg, Jägerstr. 40, 70174 Stuttgart) zurücksenden. Schreiben Sie dann möglichst in Druckschrift und innerhalb der vorgesehenen Markierungen. Vielen Dank!

Über die Ergebnisse der Befragung werden wir im Psychotherapeutenjournal, im Kammernewsletter und auf unserer Homepage berichten. Wir freuen uns sehr, wenn Sie uns bei dieser Erhebung unterstützen und bedanken uns im Voraus für Ihre Mühe und Hilfe.

Mit freundlichen Grüßen,

Amelie Engenhorst
Heilpädagogin (B.A.)
Cand. Klinische Heilpädagogin (M.A.)
Katholische Hochschule Freiburg

Katharina Kremitzl
Heilpädagogin (B.A.)
Cand. Klinische Heilpädagogin (M.A.)
Katholische Hochschule Freiburg

Prof. Dr. Traudel Simon
Dipl.-Psych., PP
Studiengangsleitung Klinische
Heilpädagogik
Katholische Hochschule Freiburg

Dr. Rüdiger Nübling
Dipl.-Psych.
Referat Psychotherapeutische Versorgung
und Öffentlichkeitsarbeit
Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Dr. Roland Straub
Dipl.-Psych., PP
Mitglied im Vorstand und
Behindertenbeauftragter
Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Dr. Alexander Wünsch
Dipl.-Psych., PP
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München/
Katholische Hochschule Freiburg

Zum Verständnis der Intelligenzminderung als Grundlage des vorliegenden Fragebogens

Die unterschiedlichen Ausprägungen der Intelligenzminderung werden anhand der Bereiche Kognition/ Intellektuelle Funktionen, Sprache, soziale/emotionale Kompetenz und Selbstständigkeit nach Dilling u. a. (2014) und Falkai u. a. (2015) unterteilt:

leichte Intelligenzminderung:

- normale Konversation bei täglichen Anforderungen möglich
- wiederkehrende Herangehensweisen an Probleme und Lösungen
- Schwierigkeiten bei der altersadäquaten Regulation von Emotionen und Verhalten, begrenztes Verstehen für Gefahren in sozialen Situationen, leicht beeinflussbar durch Dritte
- Altersentsprechende Selbstsorge möglich, Hilfestellungen bei komplexen Alltagsaufgaben erforderlich
- Unterstützung bei der Organisation von Freizeitgestaltung und bei der Bewältigung familiärer Aufgaben nötig
- IQ-Wert von 69 bis 50

mittelgradige Intelligenzminderung:

- vollständig unabhängiges Leben im Erwachsenenalter ist nur sehr selten erreichbar
- persönliche Bedürfnisse können nach längerer Anlernzeit befriedigt werden, auch Teilhabe an allen häuslichen Aufgaben nach längerer Anlernzeit möglich
- gesprochene Sprache ist überwiegendes Kommunikationsmittel
- deutliche Unterschiede im sozialen und kommunikativen Verhalten im Vergleich zu Gleichaltrigen, soziale Reize können nicht eindeutig wahrgenommen und interpretiert werden, beachtliche Unterstützung durch andere Personen notwendig um soziale Erwartungen erfüllen zu können
- zahlreiche Freizeitaktivitäten sind möglich, wenn Unterstützung und Lernmöglichkeiten über längeren Zeitraum gegeben sind
- Intelligenzquotient von 49 bis 35 möglich

Schwere und schwerste Intelligenzminderung:

- Erwerb kognitiver Fähigkeiten ist begrenzt; geringes bis kein Verständnis für symbolische Prozesse, Konzepte, Mengen, Zahlen, Zeit, Geld und Schriftsprache
- Unterstützung in allen Anforderungen des täglichen Lebens notwendig, Beteiligung an diesen Aktivitäten ist möglich
- Begleitende sensorische oder körperliche Beeinträchtigungen behindern häufig Teilhabe zu Hause oder an Erholungs- und Freizeitaktivitäten daher Hilfe bei der Teilhabe erforderlich
- gesprochene Sprache hinsichtlich Wortschatz und Grammatik sehr begrenzt, sehr basale Formen nonverbaler Kommunikation sind möglich, aktive Mitteilung von Wünschen und Bedürfnissen durch nonverbale, anschauliche Kommunikation
- immobil oder sehr in ihrer Bewegungsfähigkeit eingeschränkt, sehr häufig inkontinent
- Intelligenzquotient liegt unter 34

Anhang 2: Fragebogen an die Psychologischen Psychotherapeuten

Anhang 2: Fragebogen an die Psychologischen Psychotherapeuten

Befragung zur psychotherapeutischen Versorgungssituation erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg

Ein gemeinsames Forschungsprojekt der

KATHOLISCHE
HOCHSCHULE FREIBURG
CATHOLIC UNIVERSITY
OF APPLIED SCIENCES FREIBURG



und der



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Amelie Engenhorst
Heilpädagogin (B.A.)
Cand. Klinische Heilpädagogin (M.A.)
Katholische Hochschule Freiburg

Katharina Kremitzl
Heilpädagogin (B.A.)
Cand. Klinische Heilpädagogin (M.A.)
Katholische Hochschule Freiburg

Prof. Dr. Traudel Simon
Dipl.-Psych., PP
Studiengangsleitung
Klinische Heilpädagogik
Katholische Hochschule Freiburg

Dr. Rüdiger Nübling
Dipl.-Psych.
Referat Psychotherapeutische Versorgung
und Öffentlichkeitsarbeit
Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Dr. Roland Straub
Dipl.-Psych., PP
Mitglied im Vorstand und
Behindertenbeauftragter
Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Dr. Alexander Wünsch
Dipl.-Psych., PP
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München/
Katholische Hochschule Freiburg

Mai 2016

Anhang 2: Fragebogen an die Psychologischen Psychotherapeuten

Befragung zur psychotherapeutischen Versorgungssituation von Menschen mit Intelligenzminderung
in Baden-Württemberg - 2016

1 Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Ausbildung	
1.1	Alter _____ Jahre 1.2 Geschlecht <input type="checkbox"/> ₁ männlich <input type="checkbox"/> ₂ weiblich
1.3	Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (PP) <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₂ nein
1.4	Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP) <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₂ nein
1.5	Jahr der Approbation _____
1.6	Berufserfahrung als Psychotherapeut _____ Jahre
1.7	Therapieausrichtung <input type="checkbox"/> ₁ Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> ₃ Tiefenpsychologisch- fundierte Psychotherapie <input type="checkbox"/> ₂ analytische Psychotherapie <input type="checkbox"/> ₄ Sonstige: _____
2 Angaben zu Ihrer(n) Tätigkeit(en)	
2.1	Haben Sie einen Kassensitz <input checked="" type="checkbox"/> ₁ ja, voll <input type="checkbox"/> ₁ ja, 50% <input type="checkbox"/> ₂ nein
2.2	Wo führen Sie Ihre Tätigkeit(en) aus? (Mehrfachantworten sind möglich) <input type="checkbox"/> ₁ eigene Praxis (KV-Zulassung) <input type="checkbox"/> ₂ angestellt in einer Praxis mit _____ Prozent <input type="checkbox"/> ₃ eigene Praxis (Privatpraxis) <input type="checkbox"/> ₄ ambulante Einrichtung der Behindertenhilfe (z.B. ambulant betreutes Wohnen) <input type="checkbox"/> ₅ Beratungsstelle <input type="checkbox"/> ₆ stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe (z.B. Wohnheim, WfMmB, WfbM) <input type="checkbox"/> ₇ Institutsambulanz <input type="checkbox"/> ₈ Psychiatrische Klinik/ Psychiatrische Tagesklinik <input type="checkbox"/> ₉ Allgemeines Krankenhaus <input type="checkbox"/> ₁₀ Psychosomatische/ Psychotherapeutische Klinik/ Rehabilitation <input type="checkbox"/> ₁₁ Sonstige: _____
2.3	An welchem dieser Orte/Institutionen sind Sie hauptsächlich tätig? _____ Ziffer aus 2.2 eintragen
2.4	Wo befindet sich dieser Ort/diese Institution? _____ KFZ - Kennzeichen
2.5	Meine Praxis/mein Arbeitsplatz ist barrierefrei bezogen auf die räumlichen Gegebenheiten. <input type="checkbox"/> ₁ ja <input type="checkbox"/> ₂ nein
2.6	Wie viele Wochen haben Sie im letzten Jahr insgesamt gearbeitet (d.h. ohne Urlaub, Krankheit, Fortbildungen, Kongresse, etc.)? ca. _____ Wochen
2.7	Wie viele Stunden haben Sie dabei etwa durchschnittlich pro Woche gearbeitet? ca. _____ Stunden/Woche
2.8	Anzahl der von Ihnen behandelten Psychotherapiepatienten (im Durchschnitt) ca. _____ Patienten/ Monat
2.9	Gesamtanzahl durchgeführter Behandlungsstunden mit erwachsenen Psychotherapie-Patienten (im Durchschnitt) ca. _____ Stunden/ Monat
2.10	Falls Sie in einer (eigenen) Praxis arbeiten: Wie lange ist ihre derzeitige durchschnittliche Wartezeit... ... auf ein Erstgespräch ca. _____ Wochen ... auf einen Therapieplatz ca. _____ Wochen <input type="checkbox"/> ₁ Ich führe keine Warteliste

Anhang 2: Fragebogen an die Psychologischen Psychotherapeuten

Befragung zur psychotherapeutischen Versorgungssituation von Menschen mit Intelligenzminderung
in Baden-Württemberg - 2016

3 Vorwissen und Vorerfahrung zum Thema Menschen mit Intelligenzminderung																
3.1	<p>War das Thema Intelligenzminderung Bestandteil in Ihrer Ausbildung?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 40%; text-align: center;">Anzahl Seminare/Veranstaltungen</th> <th style="width: 40%; text-align: center;">insgesamt ca.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja →</td> <td><input type="checkbox"/> Studium: _____</td> <td>_____ Stunden</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> PT-Ausbildung: _____</td> <td>_____ Stunden</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Fortbildung: _____</td> <td>_____ Stunden</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </tbody> </table>		Anzahl Seminare/Veranstaltungen	insgesamt ca.	<input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/> Studium: _____	_____ Stunden		<input type="checkbox"/> PT-Ausbildung: _____	_____ Stunden		<input type="checkbox"/> Fortbildung: _____	_____ Stunden	<input type="checkbox"/> nein		
	Anzahl Seminare/Veranstaltungen	insgesamt ca.														
<input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/> Studium: _____	_____ Stunden														
	<input type="checkbox"/> PT-Ausbildung: _____	_____ Stunden														
	<input type="checkbox"/> Fortbildung: _____	_____ Stunden														
<input type="checkbox"/> nein																
3.2	<p>Haben Sie bereits Erfahrung mit Menschen mit Intelligenzminderung gesammelt? (Mehrfachantworten möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> ja →</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> während des Zivildienstes oder Praktika <input type="checkbox"/> im Studium/ im Beruf <input type="checkbox"/> in der Praxis <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <p><input type="checkbox"/> nein →</p>															
4 Fragen zu Intelligenzminderung und Psychotherapie																
4.1	<p>Halten Sie Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit einer Intelligenzminderung und psychischen Störungen für durchführbar?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> damit habe ich mich noch nicht beschäftigt</p>															
4.2	<p>Wie kompetent fühlen Sie sich in der Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>sehr kompetent</td> <td>kompetent</td> <td>wenig kompetent</td> <td>gar nicht kompetent</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 1</td> <td><input type="radio"/> 2</td> <td><input type="radio"/> 3</td> <td><input type="radio"/> 4</td> </tr> </table>	sehr kompetent	kompetent	wenig kompetent	gar nicht kompetent	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4							
sehr kompetent	kompetent	wenig kompetent	gar nicht kompetent													
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4													
4.3	<p>Wie hoch ist Ihre Bereitschaft mit erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung zu arbeiten?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>hoch</td> <td>mittel</td> <td>gering</td> <td>keine Bereitschaft</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> 1</td> <td><input type="radio"/> 2</td> <td><input type="radio"/> 3</td> <td><input type="radio"/> 4</td> </tr> </table>	hoch	mittel	gering	keine Bereitschaft	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4							
hoch	mittel	gering	keine Bereitschaft													
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4													

Anhang 2: Fragebogen an die Psychologischen Psychotherapeuten

Befragung zur psychotherapeutischen Versorgungssituation von Menschen mit Intelligenzminderung
in Baden-Württemberg - 2016

5	Bitte bewerten Sie, inwiefern die folgenden Aussagen Ihrer Meinung nach zutreffen.	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
5.1	Die psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit einer Intelligenzminderung ist im Vergleich zu Menschen ohne Intelligenzminderung mit mehr Aufwand verbunden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5.2	Das Vorhandensein eines kontinuierlichen Ansprechpartners ist bedeutsam für die psychotherapeutische Versorgung bei Menschen mit einer Intelligenzminderung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5.3	Menschen mit einer Intelligenzminderung sind im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung mit Vorurteilen und Stigmatisierung konfrontiert.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5.4	Verständigungsprobleme erschweren die psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit einer Intelligenzminderung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5.5	Es stehen zu wenig zeitliche Ressourcen für die Arbeit mit dem Unterstützersystem (Angehörige, Schule, Wohnheim, etc.) zur Verfügung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5.6	Die Kontaktaufnahme zum Psychotherapeuten erfolgt bei Menschen mit Intelligenzminderung selbstbestimmt.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5.7	Bei Menschen mit Intelligenzminderung ist die Begleitung durch vertraute Personen und deren Einbezug in Psychotherapien notwendig.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5.8	Durch die psychotherapeutische Versorgung wird die Partizipation am gesellschaftlichen Leben erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung gefördert.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5.9	Die psychotherapeutische Versorgung der Menschen mit einer Intelligenzminderung erfordert spezielles Fachwissen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5.10	Eine zielgruppengerechte Sprache führt zu einer höheren Versorgungsqualität in der Behandlung von Menschen mit einer Intelligenzminderung.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
5.11	Der Erfolg der psychotherapeutischen Behandlung ist besonders abhängig von einer guten Zusammenarbeit mit Bezugspersonen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

6	Wie gut ist Ihrer Meinung nach die psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg? Bitte geben Sie eine Schulnote.												
	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>sehr gut</td> <td>gut</td> <td>befriedigend</td> <td>ausreichend</td> <td>mangelhaft</td> <td>ungenügend</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₄</td> <td><input type="checkbox"/>₅</td> <td><input type="checkbox"/>₆</td> </tr> </table>	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend								
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆								

7	*** Filterfrage - Psychotherapeuten MIT und OHNE aktuelle und/oder bisherige Patienten mit Intelligenzminderung ***
	Behandeln Sie derzeit Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen oder haben Sie behandelt?
	<input type="checkbox"/> ₁ ja → weiter mit Frageblock 8 <input type="checkbox"/> ₂ nein → weiter mit Frageblock 10.

Anhang 2: Fragebogen an die Psychologischen Psychotherapeuten

Befragung zur psychotherapeutischen Versorgungssituation von Menschen mit Intelligenzminderung
in Baden-Württemberg - 2016

8 Psychotherapeuten MIT Erfahrung in der Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung																									
8.1	<p>Mit welchen Formen der Intelligenzminderung haben Sie bei erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung zu tun gehabt? Kreuzen Sie bitte an. (bezogen auf die von Ihnen insgesamt behandelten Patienten mit Intelligenzminderung)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">sehr oft</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">oft</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">häufig</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">selten</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">nie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>leichte Intelligenzminderung (unflexible Herangehensweisen an Probleme und Lösungen, normale Konversation bei täglichen Anforderungen, Schwierigkeiten bei der altersadäquaten Regulation von Emotionen und Verhalten, altersentsprechende Selbstsorge, selbstständige Freizeitgestaltung, Unterstützung zur Bewältigung familiärer Aufgaben, IQ-Wert von 69 bis 50)</p> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₁</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₂</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₃</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₄</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₅</td> </tr> <tr> <td> <p>mittelgradige Intelligenzminderung (vollständig unabhängiges Leben im Erwachsenenalter sehr selten, gesprochene Sprache als Kommunikationsmittel, intensive Unterstützung zur Erfüllung sozialer Erwartungen notwendig, Bedürfnisbefriedigung nach längerer Anlernzeit, Freizeitaktivitäten mit Unterstützung möglich, soziales und kommunikatives Verhalten auffällig, IQ-Wert von 49 bis 35)</p> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₁</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₂</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₃</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₄</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₅</td> </tr> <tr> <td> <p>schwere und schwerste Intelligenzminderung (Erwerb kognitiver Fähigkeiten begrenzt, geringes Verständnis für symbolische Prozesse/Konzepte/Zahlen/Zeit, Unterstützung in allen Anforderungen des täglichen Lebens notwendig, Hilfe bei der Teilhabe zu Hause, in Freizeit und Arbeit permanent erforderlich, IQ-Wert unter 34)</p> </td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₁</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₂</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₃</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₄</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₅</td> </tr> </tbody> </table>		sehr oft	oft	häufig	selten	nie	<p>leichte Intelligenzminderung (unflexible Herangehensweisen an Probleme und Lösungen, normale Konversation bei täglichen Anforderungen, Schwierigkeiten bei der altersadäquaten Regulation von Emotionen und Verhalten, altersentsprechende Selbstsorge, selbstständige Freizeitgestaltung, Unterstützung zur Bewältigung familiärer Aufgaben, IQ-Wert von 69 bis 50)</p>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<p>mittelgradige Intelligenzminderung (vollständig unabhängiges Leben im Erwachsenenalter sehr selten, gesprochene Sprache als Kommunikationsmittel, intensive Unterstützung zur Erfüllung sozialer Erwartungen notwendig, Bedürfnisbefriedigung nach längerer Anlernzeit, Freizeitaktivitäten mit Unterstützung möglich, soziales und kommunikatives Verhalten auffällig, IQ-Wert von 49 bis 35)</p>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<p>schwere und schwerste Intelligenzminderung (Erwerb kognitiver Fähigkeiten begrenzt, geringes Verständnis für symbolische Prozesse/Konzepte/Zahlen/Zeit, Unterstützung in allen Anforderungen des täglichen Lebens notwendig, Hilfe bei der Teilhabe zu Hause, in Freizeit und Arbeit permanent erforderlich, IQ-Wert unter 34)</p>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	sehr oft	oft	häufig	selten	nie																				
<p>leichte Intelligenzminderung (unflexible Herangehensweisen an Probleme und Lösungen, normale Konversation bei täglichen Anforderungen, Schwierigkeiten bei der altersadäquaten Regulation von Emotionen und Verhalten, altersentsprechende Selbstsorge, selbstständige Freizeitgestaltung, Unterstützung zur Bewältigung familiärer Aufgaben, IQ-Wert von 69 bis 50)</p>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅																				
<p>mittelgradige Intelligenzminderung (vollständig unabhängiges Leben im Erwachsenenalter sehr selten, gesprochene Sprache als Kommunikationsmittel, intensive Unterstützung zur Erfüllung sozialer Erwartungen notwendig, Bedürfnisbefriedigung nach längerer Anlernzeit, Freizeitaktivitäten mit Unterstützung möglich, soziales und kommunikatives Verhalten auffällig, IQ-Wert von 49 bis 35)</p>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅																				
<p>schwere und schwerste Intelligenzminderung (Erwerb kognitiver Fähigkeiten begrenzt, geringes Verständnis für symbolische Prozesse/Konzepte/Zahlen/Zeit, Unterstützung in allen Anforderungen des täglichen Lebens notwendig, Hilfe bei der Teilhabe zu Hause, in Freizeit und Arbeit permanent erforderlich, IQ-Wert unter 34)</p>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅																				
8.2	<p>Meine psychotherapeutische Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung findet statt in (Mehrfachnennungen sind möglich)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁ eigener Praxis</td> <td><input type="checkbox"/>₁ Klinik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁ Beratungsstelle</td> <td><input type="checkbox"/>₁ Sonstige: _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ₁ eigener Praxis	<input type="checkbox"/> ₁ Klinik	<input type="checkbox"/> ₁ Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> ₁ Sonstige: _____																				
<input type="checkbox"/> ₁ eigener Praxis	<input type="checkbox"/> ₁ Klinik																								
<input type="checkbox"/> ₁ Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> ₁ Sonstige: _____																								
8.3	<p>Wie werden die von Ihnen durchgeführten Psychotherapien bei Menschen mit Intelligenzminderung finanziert (Mehrfachnennungen möglich)?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁ GKV</td> <td><input type="checkbox"/>₁ Privat</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁ Private Krankenversicherung</td> <td><input type="checkbox"/>₁ Spenden</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁ Ehrenamtlich</td> <td><input type="checkbox"/>₁ Erstattungsverfahren</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>₁ Sonstige _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ₁ GKV	<input type="checkbox"/> ₁ Privat	<input type="checkbox"/> ₁ Private Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> ₁ Spenden	<input type="checkbox"/> ₁ Ehrenamtlich	<input type="checkbox"/> ₁ Erstattungsverfahren		<input type="checkbox"/> ₁ Sonstige _____																
<input type="checkbox"/> ₁ GKV	<input type="checkbox"/> ₁ Privat																								
<input type="checkbox"/> ₁ Private Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> ₁ Spenden																								
<input type="checkbox"/> ₁ Ehrenamtlich	<input type="checkbox"/> ₁ Erstattungsverfahren																								
	<input type="checkbox"/> ₁ Sonstige _____																								
8.4	<p>Wie viele Anfragen zu einer Psychotherapie für Menschen mit einer Intelligenzminderung hatten Sie in den letzten 12 Monaten?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>₁ keine <input type="checkbox"/>₂ ca. _____</p>																								
8.5	<p>Wie viele Patienten mit Intelligenzminderung haben Sie in den letzten 12 Monaten behandelt?</p> <p style="text-align: right;">ca. _____</p>																								
8.6	<p>Wie hoch war in den letzten 12 Monaten die Gesamtanzahl durchgeführter Behandlungsstunden bei Menschen mit Intelligenzminderung?</p> <p style="text-align: right;">ca. _____</p>																								
8.7	<p>Wie viel Prozent an zeitlichem Mehraufwand erfordert die Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung verglichen mit der Behandlung von Menschen ohne Intelligenzminderung? (bitte ungefähren Durchschnitt schätzen)</p> <p style="text-align: right;">ca. _____ %</p>																								

Anhang 2: Fragebogen an die Psychologischen Psychotherapeuten

Befragung zur psychotherapeutischen Versorgungssituation von Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg - 2016

8.8	Wie hoch war der Gesamtstundenumfang der letzten 3 von Ihnen durchgeführten abgeschlossenen Psychotherapien bei Menschen OHNE Intelligenzminderung?					
	Patient 1 _____ Stunden	Patient 2 _____ Stunden	Patient 3 _____ Stunden			
8.9	Wie hoch war der Gesamtstundenumfang der letzten 3 von Ihnen durchgeführten Psychotherapien bei Menschen MIT einer Intelligenzminderung? (Bei < 3 entsprechend nur für 1 oder 2 Pat. Angeben))					
	Patient 1 _____ Stunden	Patient 2 _____ Stunden	Patient 3 _____ Stunden			
8.10	Mit welchen Kollegen/Schnittstellen haben bzw. hatten Sie bei der Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung zu tun?					
		sehr oft	oft	häufig	selten	nie
	niedergelassene Ärzte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	Angehörige	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	pädagogisches Personal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	Heilpädagogen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	pflegerisches Personal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	Klinikärzte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	Heilberufe (z.B. Logopäden, Ergotherapeuten)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	Sonderpädagogischer Dienst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	Sonderschule	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	Sozialpsychiatrische Praxen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	ambulante Einrichtung der Behindertenhilfe (z.B. Betreutes Wohnen)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe (z.B. Heim. WfMmB)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	
8.11	Welche diagnostischen Verfahren wenden Sie im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung bei Menschen mit Intelligenzminderung an? (Mehrfachnennungen sind möglich)					
	<input type="checkbox"/> ₁ Interview/ biographische Anamnese/ Exploration					
	<input type="checkbox"/> ₁ Verhaltensbeobachtung					
	<input type="checkbox"/> ₁ Leistungsdiagnostik / Intelligenzdiagnostik / Vigilanzdiagnostik, z.B. WAIS-IV, K-TIM, SON-R, WTB					
	<input type="checkbox"/> ₁ Verfahren zur Erfassung des sozialen und des emotionalen Entwicklungsniveaus, sowie der adaptiven Kompetenzen (kognitiv- kommunikative, praktische und soziale Kompetenzen), z.B. Vineland-II , ABAS-II, VABS-II, SRZ, SRZ-P, SEO- Rating					
	<input type="checkbox"/> ₁ Verfahren zur Überprüfung spezifischer Fertigkeiten (z.B. Gedächtnis, Konzentration, Sprache), z.B. d2					
	<input type="checkbox"/> ₁ Teilhabefokussierte Instrumente, z.B. ICF PsychA&P, IMET, ICF AT50, Mini AP ICF					
	<input type="checkbox"/> ₁ Störungsspezifische Diagnostik					
	<input type="checkbox"/> ₁ Projektive Verfahren, z.B. SET, Rohrschach- Test, Thematische Apperzeptionstest					
	<input type="checkbox"/> ₁ Sonstige: _____					
<input type="checkbox"/> ₁ der Einsatz diagnostischer Verfahren ist nicht sinnvoll						

Anhang 2: Fragebogen an die Psychologischen Psychotherapeuten

Befragung zur psychotherapeutischen Versorgungssituation von Menschen mit Intelligenzminderung
in Baden-Württemberg - 2016

8.12	<p>Wenn Sie keine spezifischen diagnostischen Verfahren (außer Interview/biogr. Anamnese/Exploration und/oder Verhaltensbeobachtung) anwenden, was sind die Gründe hierfür? (Mehrfachnennungen sind möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> wenig Erfahrung bei Diagnostik bei Menschen mit Intelligenzminderung</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genügend Zeit vorhanden</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genügend geeignete Verfahren in der Praxis/ Klinik vorhanden</p> <p><input type="checkbox"/> nicht genügend geeignete diagnostische Verfahren für die Begutachtung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen veröffentlicht</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>																						
8.13	<p>Welche der folgenden psychischen Störungen wiesen die Patienten mit Intelligenzminderung auf, die Sie behandelt haben?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Psychische Störungen</th> <th style="text-align: right;">Anzahl Patienten (ca.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> F3 Affektive Störungen</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstige _____</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> </tbody> </table>	Psychische Störungen	Anzahl Patienten (ca.)	<input type="checkbox"/> F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	_____	<input type="checkbox"/> F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	_____	<input type="checkbox"/> F3 Affektive Störungen	_____	<input type="checkbox"/> F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	_____	<input type="checkbox"/> F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren	_____	<input type="checkbox"/> F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	_____	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	_____						
Psychische Störungen	Anzahl Patienten (ca.)																						
<input type="checkbox"/> F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	_____																						
<input type="checkbox"/> F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	_____																						
<input type="checkbox"/> F3 Affektive Störungen	_____																						
<input type="checkbox"/> F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	_____																						
<input type="checkbox"/> F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren	_____																						
<input type="checkbox"/> F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	_____																						
<input type="checkbox"/> Sonstige _____	_____																						
8.14	<p>Welche der folgenden Verhaltensstörungen/Problembereiche wiesen die Patienten mit Intelligenzminderung auf, die Sie behandelt haben?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Verhaltensstörungen/Problembereiche</th> <th style="text-align: right;">Anzahl Patienten (ca.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Selbstverletzendes Verhalten</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pica- Syndrom</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hyperaktivität/ Unruhe</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Weglaufen, Treben</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> aggressives Verhalten/ expansive Verhaltensstörungen (z.B. sach-, auto-, fremd- und verbalaggressive Verhaltensweisen)</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Haareziehen</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rückzug aus sozialen Kontakten/ Kontaktschwierigkeiten</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Distanzlosigkeit</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sozial störendes Verhalten (z.B. Einnässen, Entkleiden in der Öffentlichkeit, Onanieren in der Öffentlichkeit, übergreifiges sexuelles Verhalten, Kot schmierern)</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Psychische Reaktionen, die aufgrund der begrenzten Kommunikations-, Kooperations- und Ausdrucksfähigkeit entstehen (Schwierigkeiten im Rahmen der Teilhabe am Alltagsleben z.B. Arztbesuche)</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> </tbody> </table>	Verhaltensstörungen/Problembereiche	Anzahl Patienten (ca.)	<input type="checkbox"/> Selbstverletzendes Verhalten	_____	<input type="checkbox"/> Pica- Syndrom	_____	<input type="checkbox"/> Hyperaktivität/ Unruhe	_____	<input type="checkbox"/> Weglaufen, Treben	_____	<input type="checkbox"/> aggressives Verhalten/ expansive Verhaltensstörungen (z.B. sach-, auto-, fremd- und verbalaggressive Verhaltensweisen)	_____	<input type="checkbox"/> Haareziehen	_____	<input type="checkbox"/> Rückzug aus sozialen Kontakten/ Kontaktschwierigkeiten	_____	<input type="checkbox"/> Distanzlosigkeit	_____	<input type="checkbox"/> Sozial störendes Verhalten (z.B. Einnässen, Entkleiden in der Öffentlichkeit, Onanieren in der Öffentlichkeit, übergreifiges sexuelles Verhalten, Kot schmierern)	_____	<input type="checkbox"/> Psychische Reaktionen, die aufgrund der begrenzten Kommunikations-, Kooperations- und Ausdrucksfähigkeit entstehen (Schwierigkeiten im Rahmen der Teilhabe am Alltagsleben z.B. Arztbesuche)	_____
Verhaltensstörungen/Problembereiche	Anzahl Patienten (ca.)																						
<input type="checkbox"/> Selbstverletzendes Verhalten	_____																						
<input type="checkbox"/> Pica- Syndrom	_____																						
<input type="checkbox"/> Hyperaktivität/ Unruhe	_____																						
<input type="checkbox"/> Weglaufen, Treben	_____																						
<input type="checkbox"/> aggressives Verhalten/ expansive Verhaltensstörungen (z.B. sach-, auto-, fremd- und verbalaggressive Verhaltensweisen)	_____																						
<input type="checkbox"/> Haareziehen	_____																						
<input type="checkbox"/> Rückzug aus sozialen Kontakten/ Kontaktschwierigkeiten	_____																						
<input type="checkbox"/> Distanzlosigkeit	_____																						
<input type="checkbox"/> Sozial störendes Verhalten (z.B. Einnässen, Entkleiden in der Öffentlichkeit, Onanieren in der Öffentlichkeit, übergreifiges sexuelles Verhalten, Kot schmierern)	_____																						
<input type="checkbox"/> Psychische Reaktionen, die aufgrund der begrenzten Kommunikations-, Kooperations- und Ausdrucksfähigkeit entstehen (Schwierigkeiten im Rahmen der Teilhabe am Alltagsleben z.B. Arztbesuche)	_____																						

Anhang 2: Fragebogen an die Psychologischen Psychotherapeuten

Befragung zur psychotherapeutischen Versorgungssituation von Menschen mit Intelligenzminderung
in Baden-Württemberg - 2016

Verhaltensstörungen/Problembereiche (Fortsetzung)	Anzahl Patienten (ca.)
<input type="checkbox"/> ₁ Syndromspezifische Verhaltensprobleme (Verhaltensphänotypus)	_____
<input type="checkbox"/> ₁ Störungsbilder und Syndrome, die mit Autismus bzw. Autismus- ähnlicher Symptomatik kombiniert sein können	_____
<input type="checkbox"/> ₁ Autonomiekrisen/Ablösungskrisen/ Pubertätskrisen	_____
<input type="checkbox"/> ₁ Partnerschaftsprobleme	_____
<input type="checkbox"/> ₁ Störungen des Sozialverhaltens	_____
<input type="checkbox"/> ₁ Sonstige Störungen: _____	_____

9 Spricht man mit Therapeuten, die mit Menschen mit Intelligenzminderung arbeiten, hört man oft folgende Aussagen: Welche Aussagen treffen für Sie zu?		Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
9.1	Es macht mir Freude, mit Patienten mit Intelligenzminderung psychotherapeutisch zu arbeiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9.2	Patienten mit Intelligenzminderung bereichern meine psychotherapeutische Arbeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9.3	Es ist spannend und interessant, mit Patienten mit Intelligenzminderung zu arbeiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9.4	Patienten mit Intelligenzminderung berühren mich auf eine besondere Weise	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9.5	Die emotionale Offenheit meiner Patienten mit Intelligenzminderung macht die psychotherapeutische Arbeit besonders fruchtbar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9.6	Die psychotherapeutische Arbeit mit intelligenzgeminderten Patient macht mich zufrieden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9.7	Psychotherapie mit Menschen mit Intelligenzminderung ist aus meiner Sicht genauso erfolgreich, wie mit Patienten ohne Intelligenzminderung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

10 Psychotherapeuten OHNE Erfahrung in der Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung							
10.1	Wie hoch war der Gesamtstundenumfang der letzten drei von Ihnen durchgeführten und abgeschlossenen Psychotherapien?						
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">Patient 1</td> <td style="width: 33%; border: none;">Patient 2</td> <td style="width: 33%; border: none;">Patient 3</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">_____ Stunden</td> <td style="border: none;">_____ Stunden</td> <td style="border: none;">_____ Stunden</td> </tr> </table>	Patient 1	Patient 2	Patient 3	_____ Stunden	_____ Stunden	_____ Stunden
Patient 1	Patient 2	Patient 3					
_____ Stunden	_____ Stunden	_____ Stunden					

Anhang 2: Fragebogen an die Psychologischen Psychotherapeuten

Befragung zur psychotherapeutischen Versorgungssituation von Menschen mit Intelligenzminderung
in Baden-Württemberg - 2016

10.2	Warum behandeln Sie derzeit keine Menschen mit Intelligenzminderung? (Mehrfachantworten sind möglich)		
<input type="checkbox"/>	keine Anfragen	<input type="checkbox"/>	mangelndes Wissen über Behinderungen
<input type="checkbox"/>	zu viel Arbeit	<input type="checkbox"/>	Schwierigkeiten in der Beantragung von Therapien
<input type="checkbox"/>	andere Schwerpunktsetzung	<input type="checkbox"/>	kein Ausbildungsinhalt und fehlende Methoden
<input type="checkbox"/>	kein Interesse	<input type="checkbox"/>	Zweifel an der Wirksamkeit von Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung
<input type="checkbox"/>	Berührungängste	<input type="checkbox"/>	eingeschränkte eigene Kompetenz
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____		
10.3	Was müsste sich für Sie verändern, damit Sie erwachsene Menschen mit Intelligenzminderung behandeln? (Mehrfachantworten möglich)		
<input type="checkbox"/>	Fortbildung	<input type="checkbox"/>	verbesserte Kooperationen
<input type="checkbox"/>	bessere Vergütung	<input type="checkbox"/>	vermehrtes Wissen über Intelligenzminderung
<input type="checkbox"/>	mehr Zeit	<input type="checkbox"/>	nichts
<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____		
11	Persönliche Anmerkungen		
Falls Sie in Ihren eigenen Worten noch etwas hinzufügen möchten, so können Sie dies hier (oder auch auf einem zusätzlichen Blatt) tun.			

Herzlichen Dank für Ihre Hilfe!

Anhang 3: Zuordnung der Fragebogen-Items zu den Forschungsfragen

Anhang 3: Zuordnung der Fragebogen-Items zu den Forschungsfragen

Forschungsfrage	Frage aus Fragebogen
Wie gestaltet sich die aktuelle psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen im Bundesland Baden-Württemberg?	6 Wie gut ist Ihrer Meinung nach die psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg? Bitte geben Sie eine Schulnote.
	7 FILTER - Behandeln Sie derzeit Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen oder haben Sie behandelt?
	8.1 Mit welchen Formen der Intelligenzminderung haben Sie bei erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung zu tun gehabt? Kreuzen Sie bitte an. Menschen mit leichter IM
	8.1 Mit welchen Formen der Intelligenzminderung haben Sie bei erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung zu tun gehabt? Kreuzen Sie bitte an. Menschen mit mittelgradiger IM
	8.1 Mit welchen Formen der Intelligenzminderung haben Sie bei erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung zu tun gehabt? Kreuzen Sie bitte an. Menschen mit schwerer und schwerster IM
	8.3 Wie werden die von Ihnen durchgeführten Psychotherapien bei Menschen mit Intelligenzminderung finanziert (Mehrfachnennungen möglich)?
	8.4 Wie viele Anfragen zu einer Psychotherapie für Menschen mit einer Intelligenzminderung hatten Sie in den letzten 12 Monaten?
	8.5 Wie viele Patienten mit Intelligenzminderung haben Sie in den letzten 12 Monaten behandelt?
	8.6 Wie hoch war in den letzten 12 Monaten die Gesamtanzahl durchgeführter Behandlungsstunden bei Menschen mit Intelligenzminderung?
	8.7 Wie viel Prozent an zeitlichem Mehraufwand erfordert die Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung verglichen mit der Behandlung von Menschen ohne Intelligenzminderung? (bitte ungefähren Durchschnitt schätzen)
	8.8 Wie hoch war der Gesamtstundenumfang der letzten 3 von Ihnen durchgeführten abgeschlossenen Psychotherapien bei Menschen OHNE Intelligenzminderung?
	8.9 Wie hoch war der Gesamtstundenumfang der letzten 3 von Ihnen durchgeführten Psychotherapien bei Menschen MIT einer Intelligenzminderung? (Bei < 3 entsprechend nur für 1 oder 2 Pat. Angeben))
	8.10 Mit welchen Kollegen/Schnittstellen haben bzw. hatten Sie bei der Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung zu tun?
	8.11 Welche diagnostischen Verfahren wenden Sie im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung bei

Anhang 3: Zuordnung der Fragebogen-Items zu den Forschungsfragen

	Menschen mit Intelligenzminderung an? (Mehrfachnennungen sind möglich)
	8.12 Wenn Sie keine spezifischen diagnostischen Verfahren (außer Interview/biogr. Anamnese/Exploration und/oder Verhaltensbeobachtung) anwenden, was sind die Gründe hierfür? (Mehrfachnennungen sind möglich)
	10.1 Wie hoch war der Gesamtstundenumfang der letzten drei von Ihnen durchgeführten und abgeschlossenen Psychotherapien?
Gibt es Unterschiede zwischen ambulanter und stationärer psychotherapeutischer Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung?	8.2 Meine psychotherapeutische Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung findet statt in (Mehrfachnennungen sind möglich)
Welche Gründe gibt es für eine psychotherapeutische Nicht-Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg?	2.5 Meine Praxis/mein Arbeitsplatz ist barrierefrei bezogen auf die räumlichen Gegebenheiten.
	4.1 Halten Sie Psychotherapie bei erwachsenen Menschen mit einer Intelligenzminderung und psychischen Störungen für durchführbar?
	4.2 Wie kompetent fühlen Sie sich in der Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung?
	4.3 Wie hoch ist Ihre Bereitschaft mit erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung zu arbeiten?
	5.1 Die psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit einer Intelligenzminderung ist im Vergleich zu Menschen ohne Intelligenzminderung mit mehr Aufwand verbunden.
	5.2 Das Vorhandensein eines kontinuierlichen Ansprechpartners ist bedeutsam für die psychotherapeutische Versorgung bei Menschen mit einer Intelligenzminderung.
	5.3 Menschen mit einer Intelligenzminderung sind im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung mit Vorurteilen und Stigmatisierung konfrontiert.
	5.4 Verständigungsprobleme erschweren die psychotherapeutische Versorgung erwachsener Menschen mit einer Intelligenzminderung.
	5.5 Es stehen zu wenig zeitliche Ressourcen für die Arbeit mit dem Unterstützersystem (Angehörige, Schule, Wohnheim, etc.) zur Verfügung.
	10.2 Warum behandeln Sie derzeit keine Menschen mit Intelligenzminderung? (Mehrfachantworten sind möglich)
Welche psychischen Störungen erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung werden von Psychologischen Psychotherapeuten in Baden-Württemberg behandelt?	8.13 Welche der folgenden psychischen Störungen wiesen die Patienten mit Intelligenzminderung auf, die Sie behandelt haben?
	8.14 Welche der folgenden Verhaltensstörungen/Problembereiche wiesen die

Anhang 3: Zuordnung der Fragebogen-Items zu den Forschungsfragen

	Patienten mit Intelligenzminderung auf, die Sie behandelt haben?
Wie werden Psychologische Psychotherapeuten auf die Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen vorbereitet?	3.1 War das Thema Intelligenzminderung Bestandteil in Ihrer Ausbildung?
Welche Verbesserungspotenziale gibt es im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg? (Verbesserung der Versorgung)	2.5 Meine Praxis/mein Arbeitsplatz ist barrierefrei bezogen auf die räumlichen Gegebenheiten.
	10.3 Was müsste sich für Sie verändern, damit Sie erwachsene Menschen mit Intelligenzminderung behandeln? (Mehrfachantworten möglich)
	5.6 Die Kontaktaufnahme zum Psychotherapeuten erfolgt bei Menschen mit Intelligenzminderung selbstbestimmt.
	5.7 Bei Menschen mit Intelligenzminderung ist die Begleitung durch vertraute Personen und deren Einbezug in Psychotherapien notwendig.
	5.8 Durch die psychotherapeutische Versorgung wird die Partizipation am gesellschaftlichen Leben erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung gefördert.
	5.9 Die psychotherapeutische Versorgung der Menschen mit einer Intelligenzminderung erfordert spezielles Fachwissen.
	5.10 Eine zielgruppengerechte Sprache führt zu einer höheren Versorgungsqualität in der Behandlung von Menschen mit einer Intelligenzminderung.
	5.11 Der Erfolg der psychotherapeutischen Behandlung ist besonders abhängig von einer guten Zusammenarbeit mit Bezugspersonen.
Soziodemographische Daten	1.1 Alter
	1.2 Geschlecht
	1.3 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (PP)
	1.4 Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP)
	1.5 Jahr der Appropation
	1.6 Berufserfahrung als Psychotherapeut
	1.7 Therapieausrichtung
	2.1 Haben Sie einen Kassensitz
	2.2 Wo führen Sie Ihre Tätigkeit(en) aus?
	2.3 An welchem dieser Orte/Institutionen sind Sie hauptsächlich tätig?
	2.4 Wo befindet sich dieser Ort/ diese Institution?

Anhang 3: Zuordnung der Fragebogen-Items zu den Forschungsfragen

	2.6 Wie viele Wochen haben Sie im letzten Jahr insgesamt gearbeitet (d.h. ohne Urlaub, Krankheit, Fortbildungen, Kongresse, etc.)?
	2.7 Wie viele Stunden haben Sie dabei etwa durchschnittlich pro Woche gearbeitet?
	2.8 Anzahl der von Ihnen behandelten Psychotherapiepatienten (im Durchschnitt)
	2.9 Gesamtanzahl durchgeführter Behandlungsstunden mit erwachsenen Psychotherapie-Patienten (im Durchschnitt)
	2.10 Falls Sie in einer (eigenen) Praxis arbeiten: Wie lange ist ihre derzeitige durchschnittliche Wartezeit auf ein Erstgespräch?
	2.10 Falls Sie in einer (eigenen) Praxis arbeiten: Wie lange ist ihre derzeitige durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz?
	2.10 Falls Sie in einer (eigenen) Praxis arbeiten: Wie lange ist ihre derzeitige durchschnittliche Wartezeit ... Ich führe keine Warteliste
	3.2 Haben Sie bereits Erfahrung mit Menschen mit Intelligenzminderung gesammelt? (Mehrfachantworten möglich)