Medizinische Krisenintervention bei Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung

Empfehlungen für Ärztinnen und Ärzte

Verfasst durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der **SAGB/ASHM**
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft von Ärzten für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung
(www.sagb.ch)

Inhaltsverzeichnis:

Vorbemerkung 1

1. Krisenbegriff 1
2. Krisen bei Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung 1
3. Krisenintervention 2
   - 3.1. Früherkennung 2
   - 3.2. Diagnostik 3
   - 3.3. Ort der Krisenintervention 4
   - 3.4. Instrumente der Krisenintervention 5
4. Personelle und räumliche Ressourcen 5
5. Prävention (A. Grüter) 6
   - 5.1. Ereignisbezogene Massnahmen 6
   - 5.2. Personenbezogene Massnahmen 6
   - 5.3. Massnahmen auf institutioneller Ebene 7
6. Zusammenfassende Empfehlungen 8

Anhang I:
Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (C. Kittler) 9

Anhang II:
Medikamentöse Behandlung bei psychischen und psychosozialen Krisen (F. Brem) 12

Anhang III:
Beispiel für einen Beobachtungsbogen (A. Grüter)

Anhang IV:
Literaturverzeichnis 14

Anhang V:
Mitglieder der Arbeitsgruppe 15

Medizinische Krisenintervention bei Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung

Empfehlungen der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft von Ärzten für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung SAGB/ASHM (www.sagb.ch)

Vorbemerkungen

Im Falle akuter somatischer und psychischer Erkrankungen oder bei ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung stellen sich für behandelnde Ärzte und Ärztinnen spezifische diagnostische und therapeutische Herausforderungen. Die vorliegenden Empfehlungen möchten für solche Krisensituationen praktische Hinweise geben.
In der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen sind die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sowie der Einbezug der Angehörigen unverzichtbar. Der systematische Aufbau und die Pflege guter Beziehungen sowie eine von gegenseitigem Vertrauen geprägte Atmosphäre schaffen die Voraussetzungen dafür, dass Krisen schneller angegangen und besser bewältigt werden können.
Von Seiten der pädagogischen und Erwachsenen-agogischen Fachrichtungen bestehen bereits zahlreiche Konzepte zum Umgang mit Krisen (vgl. Literaturverzeichnis). Diese sind ausdrücklich **nicht** Gegenstand des vorliegenden Papieres, das sich primär an Ärztinnen und Ärzte richtet, welche in der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung tätig sind.
Die Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung erfordert teilweise eine etwas andere Vorgehensweise als bei Erwachsenen. Die Besonderheiten sind im Beitrag von C. Kittler (Anhang I) aufgeführt.

1. Definition des Krisenbegriffes

Gemäss dem Sozialpsychiater Caplan beinhaltet eine Krise eine **akute Überforderung** des gewohnten **Verhaltens- und Copingsystems** eines Individuums oder einer Gruppe durch **belastende äussere oder innere Ereignisse.** Zeitlich kann eine Krise zwischen mehreren Stunden bis zu einigen Wochen dauern.
Eine Krise betrifft kaum je nur ein einzelnes Individuum, sondern bezieht üblicherweise das soziale Umfeld mit ein, oder sie betrifft von Vorneherein ein ganzes soziales System.
Wir beziehen uns auf **somatische, psychische und psychosoziale Krisen.**

2. Krisen bei Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung

Das Erscheinungsbild von Krisen ist bei Menschen mit Behinderung häufig anders, was die Symptomatik betrifft, und das ärztliche Vorgehen muss den speziellen Bedürfnissen dieser Personengruppe Rechnung tragen, sowohl bezüglich diagnostischer Massnahmen als auch bei den Behandlungsstrategien.

Punkte, die im Falle von Krisen bei Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung spezielle Beachtung erfordern:

2.1 Menschen mit einer Behinderung haben im Vergleich zur übrigen Bevölkerung eine **erhöhte Vulnerabilität** für somatische und psychische Erkrankungen bei gleichzeitig **verminderten Bewältigungsmöglichkeiten.** Somatische, psychische und psychosoziale Krisen treten deshalb bei ihnen häufiger auf.

2.2 Die PatientInnen sind praktisch immer in einem mehr oder weniger hohen Ausmass von einem **Versorgungssystem** (Angehörige, Heim, Werkstätte) **abhängig**, das durch eine Krise mitbetroffen ist, und das deshalb mitberücksichtigt werden muss. Gleichzeitig schafft die Abhängigkeit ein Machtgefälle. Der Umstand, dass die Macht im ungünstigen Fall missbraucht werden kann, erfordert höchste Aufmerksamkeit!

2.3 Aufgrund der oft eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten ist die **Anamneseerhebung** bei dieser Patientengruppe meist erschwert und es ist häufiger notwendig **fremdanamestische Angaben** mit einzu-

beziehen. Abgesehen von der Tatsache, dass diese Angaben durch die emotionale Mitbetroffenheit der Auskunftgeber gefärbt sein können, ergeben sich hier oft zusätzliche **Beobachtungsprobleme:** Personen aus dem agogischen Umfeld sind häufig nicht gewohnt, reine Beobachtungen zu beschreiben, sodass der Arzt/die Ärztin eventuell mit Interpretationen der Auskunftgeber konfrontiert ist, ohne dass dies so deklariert würde.

2.4 Die Anamnese von Menschen mit Behinderungen weist häufig erhebliche **Informationslücken** auf: sie können selber nicht oder nur teilweise über ihre Lebensgeschichte Auskunft geben; Dokumentationen durch die Umgebung sind manchmal mangelhaft; beim Heimeintritt oder bei Heimwechseln gehen Informationen verloren.

2.5 Zur Anamneseerhebung gehören zwingend **Informationen über das betreuende Umfeld** (Ressourcen der Institution, wie z.B. Verfügbarkeit einer Nachtwache, Möglichkeiten zu kurzfristigen personellen Verstärkungen, Alarmierungsabläufe in Notfällen; Regelung von Verantwortlichkeiten, z.B. Gesundheitsverantwortliche; Komplexität des Umfeldes, z.B. krisenerhaltende Konflikte, sei dies innerhalb der Institution oder zwischen betreuenden Fachleuten und Angehörigen)

2.6 Somatische Probleme, z.B. Schmerzen äussern sich bei behinderten Menschen häufig als **Verhaltensauffälligkeiten** (die deshalb nicht vorschnell als psychiatrisches Problem interpretiert werden sollten!). Unter anderem soll an Folgendes gedacht werden: Zahnschmerzen, Gelenk- und Rückenschmerzen, Muskelschmerzen bei Spastik, nicht angepasste, unbequeme Sitzversorgungen mit unphysiologischen Ausgangsstellungen, Anämie, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Schlafapnoe, Refluxbeschwerden, Obstipation, Subileus oder Ileus, Überlaufblase, Harnwegsinfekte, eingewachsene Zehennägel, Dekubitus, Analekzem. Bei Kindern können zudem Otitiden, Asthma, Bronchitiden, Fremdkörper in Körperöffnungen sowie Hungersymptome bei dystonen oder dyskinetischen Kindern mit ungenügender oraler Ernährung Ursache von Verhaltensänderungen sein.

2.7 **Körperliche Untersuchungen** sind oft erschwert aufgrund eingeschränkter Kooperationsfähigkeit, Wahrnehmungseinschränkungen und Angst- und Abwehrreaktionen.

2.8 Die **Kooperation** der PatientInnen kann aufgrund der Behinderung beeinträchtigt sein, es kann zu – passiven oder aktiven – Behandlungsverweigerungen kommen (Herausreissen von Sonden, Infusionen usw., erschwerte oder verweigerte Medikamenteneinnahme).

2.9 Die **Compliance** für therapeutische Massnahmen wird wesentlich mitbestimmt durch das betreuende Umfeld und muss durch den Arzt aktiv gefördert und überprüft werden (Medikamentenabgabe; Durchführung von Verordnungen; Einhalten von Terminen)

2.10 Der eingeschränkten Selbständigkeit und Mobilität der PatientInnen muss bei der **Sprechstundenorganisation** Rechnung getragen werden (Notwendigkeit von Begleitung durch Angehörige oder Heimpersonal)

Als Folge dieser besonderen Bedürfnisse ist der **Zeitbedarf** für ärztliche Interventionen meist erhöht, und es ist häufiger als bei anderen PatientInnen ein **Haus- resp. Heimbesuch** notwendig.

3. Krisenintervention

3.1. Früherkennung

Besser als jede Krisenintervention ist die **Früherkennung sich anbahnender Krisen,** die so durch **Frühinterventionen** aufgefangen werden können (vgl. auch Punkt 5. Prävention)

Es gehört deshalb zur ständigen Schulung des Betreuungspersonales, sich im Erkennen von Frühzeichen zu üben. Die entsprechende Anleitung des Personals kann durchaus eine Aufgabe des Heimarztes sein.

Mögliche **Frühzeichen:**

- veränderter Antrieb
- veränderte Affektlage, vermehrte Ängstlichkeit
- Rückschritte bezüglich schon erworbener lebenspraktischer Fähigkeiten

- vermehrte oder neu auftretende Zwänge oder Stereotypien
- neu auftretende Wahnäusserungen oder Hinweise auf Halluzinationen
- Verhaltensänderungen wie z.B. vermehrtes Schreien, Rückzug

Bei wiederholten Krisen lassen sich mit der Zeit bestimmte, für die betreffende Person charakteristische Frühzeichen definieren, welche dokumentiert werden und dem Betreuungspersonal bekannt sein sollen.

K**risenanfällige Situationen** erfordern besondere Aufmerksamkeit.
Häufige **Krisenanlässe oder –auslöser bei Menschen mit Behinderungen** sind z.B.**:**

- Traumata
- (Versteckte) Gewalt und sexuelle Übergriffe (durch Betreuende, Angehörige oder Mitbetreute)
- Verluste; Todesfälle
- Übergangssituationen (z.B. Schuleintritt, Heimeintritt, Schulaustritt)
- Pensionierung in der beschützenden Werkstätte
- Veränderungen im familiären Umfeld
- Veränderungen innerhalb der Institution
- Sinnkrisen
- Über- oder Unterforderung
- Konfliktsituationen in der Umgebung (innerhalb Betreuungsteam, zwischen Angehörigen und Heim)
- Somatische Probleme inkl. Nebenwirkungen von Medikamenten

Die Bedeutung einer potentiell krisenanfälligen Situation für das einzelne Individuum ist für die Umgebung oft schwer einzuschätzen. Manchmal werden aufgrund des Kausalitätsbedürfnisses Krisenauslöser überschätzt; es können bei der Umgebung aber auch Verleugnungen/Verdrängungen beobachtet werden (z.B. bezüglich der Bedeutung eines Personalwechsels). Reaktionen auf krisenauslösende Situationen (z.B. auf Todesfälle in der Umgebung) können bei Menschen mit Behinderung zuweilen mit einer erheblichen zeitlichen Verzögerung auftreten!

3.2. Diagnostik:

So weit möglich sollten **anamnestische Angaben** auch im direkten Gespräch mit Patient/Patientin erhoben werden. Bei den - praktisch immer notwendigen - **fremdanamnestischen Angaben** ist zu beachten, dass sie durch die emotionale Mitbetroffenheit und durch Beobachtungsprobleme der Auskunftspersonen beeinflusst sein können. Sie müssen entsprechend vorsichtig gewertet werden. Die Anamnese muss **erweitert** werden durch Angaben über das betreuende Umfeld (s. oben unter 2.5).
Bei der **psychiatrisch-psychosozialen** Anamneseerhebung muss zusätzlich der **Entwicklungsstand** des Patienten einbezogen werden. Dabei ist die sog. „Entwicklungsschere“ zu beachten, d.h. die Entwicklung kann in verschiedenen Bereichen unterschiedlich weit sein, was übrigens häufig auch der Umgebung nicht bewusst ist und zu Fehleinschätzungen mit entsprechender Unter- oder Überforderung führen kann.

Für **somatische Abklärungen** müssen wegen der erschwerten Anamneseerhebung und wegen teilweise verminderter Kooperationsmöglichkeiten der PatientInnen bei der körperlichen Untersuchung rascher **apparative Untersuchungsmethoden** eingesetzt werden. Diese sind bei kooperationsunfähigen oder verängstigten PatientInnen häufig nur unter Beizug eines **Anästhesisten** durchführbar. Bei dieser Gelegenheit sollen dann auch andere Untersuchungen (zahnärztliche Befunderhebung; gynäkologische Untersuchung, Magenspiegelung usw.) eingeplant werden! Gleichzeitig sollen natürlich die Risiken apparativer Untersuchungen gegenüber dem potentiellen Nutzen nach dem Grundsatz „primum nil nocere“ besonders sorgfältig abgewogen werden. Es ist auch Aufgabe des behandelnden Arztes, dem Drängen der Umgebung des Patienten nach unnötigen apparativen Untersuchungen standzuhalten, um iatrogene Schädigungen zu vermeiden.
Grundsätzlich sollte die somatische Abklärung immer **vor** einer psychiatrischen Interpretation erfolgen. **Nicht wegen der erschwerten Durchführbarkeit auf somatische Abklärungen verzichten!**

3.3. Ort der Krisenintervention

Es soll immer die für die betreffende Person am wenigsten eingreifende Massnahme gewählt werden.

3.3.1. ambulante Krisenintervention

Nach Möglichkeit sollte die Erstintervention am Lebensort des Patienten/der Patientin durch **aufsuchende Angebote** (Hausarzt/Heimarzt, ambulante heilpädagogisch-psychiatrische Teams) erfolgen. Dies gilt natürlich nicht für somatische Notfallsituationen, sofern die Infrastruktur der Arztpraxis oder einer Notfallstation am Spital benötigt wird. Die Befunderhebung vor Ort gibt Gelegenheit, sich ein Bild über die Wohn- und Lebenssituation zu machen, liefert weitere wichtige Informationen (z.B. Atmosphäre der Wohngruppe) und fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Betreuungsteam.
Eine **ambulante** Krisenintervention sollte in jedem Fall Vorrang haben vor einer Hospitalisation des Patienten/der Patientin. Zum einen ist die angemessene Betreuung behinderter Menschen meistens in ihrem angestammten Umfeld am besten gewährleistet. Zum andern führt ein Milieuwechsel häufig zu Reaktionen, welche das klinische Bild verfälschen. Ein Mensch mit geistiger Behinderung und aggressiven Verhaltensauffälligkeiten kann sich in der fremden Umgebung einer psychiatrischen Station mit höheren personellen Ressourcen angepasst und unauffällig verhalten und nach der Rückkehr in die ursprüngliche Umgebung wieder genau die gleiche Problematik zeigen wie vor der Hospitalisation. Krisenunterhaltende Faktoren in der Umgebung des Patienten/der Patientin müssen auch dort bearbeitet werden!

3.3.2. stationäre Krisenintervention

Vor einer **stationären Spital- oder Klinikbehandlung** sollen Alternativen für die Stabilisierung geprüft werden, z.B. vorübergehende personelle Ergänzung (unter anderem durch Beizug von Spitexdiensten für pflegerische Massnahmen), Zimmer- oder Gruppenwechsel, Heimwechsel, regionale Kriseninterventionsplätze in Wohnheimen, Time out an einem Pflegeplatz, Entlastungsdienste, ambulante Anpassung der Medikation (Dosisanpassungen, Medikamentenreduktion oder –neuverordnung; s. Anhang II)

Stationäre Spital- oder Klinikbehandlungen sind selten indiziert!
Indikationen:

- ***somatisch:***
  - komplexere Befunderhebungen, die sonst wiederholte Transporte des Patienten/der Patientin erfordern würden
  - Behandlungsmassnahmen, die im Heim oder zu Hause (auch unter Einbezug von Spitexdiensten) nicht durchführbar sind, inkl. komplizierte medikamentöse Umstellungen (die zu lange Zeit beanspruchen, wenn die Beobachtungsmöglichkeiten einer Klinik wegfallen)
  - Diagnostische Beobachtungen (Epilepsie!)

- **psychiatrisch und psychosozial:**
  - akute Selbst- oder Fremdgefährdung bei vorliegender psychiatrischer Symptomatik
  - Erschöpfung der Ressourcen der Institution (im Umgang mit diesem Pat. ausgebranntes Team). Dies muss aber so deklariert werden, und das Team muss die Entlastungszeit nutzen, um sich auf die Rückkehr des Bewohners/der Bewohnerin vorzubereiten.

Klinikaufenthalte sollen in jedem Fall so kurz wie möglich gehalten werden.

Besondere Aufmerksamkeit erfordert – gerade bei Hospitalisationen! - die **Kommunikation:** Informationen über vorgesehene Massnahmen an den Patienten/die Patientin müssen in einer den Fähigkeiten entsprechenden Form gegeben werden (vgl. Empfehlungen der SAMW „Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung“). Der Austausch zwischen dem Spital/Klinikpersonal und dem betreuenden Umfeld muss aktiv gesucht und speziell gefördert werden!

3.4. Instrumente der Krisenintervention

Ergänzend zu den Massnahmen, die **direkt bei der behinderten Person** ansetzen, sind häufig sogenannte **indirekte** Interventionen im sozialen Umfeld nötig.

3.4.1. **direkte** Massnahmen der Krisenintervention:

- notwendige somatische Behandlungen durchführen
- Anpassungen des sozialen Umfeldes (Tagesablauf, Wohnsituation, Anforderungen) an die Fähigkeiten und Bedürfnisse der betroffenen Person
- Orientierungshilfen und Anpassung bzw. Verbesserung der Kommunikation (z.B. Einsatz alternativer Kommunikationsmittel wie Symboltafeln, unterstützte Kommunikation usw.)
- Einsatz zusätzlicher agogischer oder therapeutischer Einzelförderung im Sinne von Sekundärprävention (z.B. psychiatrische Ergotherapie, Maltherapie, Musiktherapie usw.)
- Medikamente (vgl. Anhang II).

3.4.2. **indirekte** Massnahmen in Krisensituationen:

- Stärkung des betreuenden Umfeldes durch (vorübergehende) personelle Verstärkungen
- Schulung der Betreuungspersonen (Fallbesprechungen, Weiterbildungen) durch agogische, psychologische oder medizinisch-psychiatrische Fachpersonen
- Helferkonferenzen (verbesserter Informationsaustausch im psychosozialen Umfeld!)
- Klärung von Konflikten im Umfeld

4. Personelle und räumliche Ressourcen

Wie schon mehrfach betont, erfordert jede medizinische Behandlung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung eine enge **interdisziplinäre Zusammenarbeit** zwischen den beteiligten Fachpersonen. Das „Kernteam" wird in den meisten Fällen aus Haus- oder Heimarzt/ärztin und/oder HeimpsychiaterIn, den betreuenden Fachleuten aus dem agogischen Bereich und weiteren Bezugspersonen (Angehörige, Beistand/Vormund) bestehen. Je nach Situation kommen SpezialärztInnen, ZahnärztInnen, paramedizinische TherapeutInnen, PsychologInnen, Sozialdienste dazu.

Voraussetzungen für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit sind:

- gegenseitiges Sich- Kennen
- geregelte Zuständigkeiten
- festgelegte Erreichbarkeit und Vertretungsregelungen
- gewährleisteter Informationsfluss und gute Kommunikation (Helferkonferenzen!)

Für die Bewältigung **somatischer Krisen** wird meist der **Hausarzt oder Heimarzt** gemeinsam mit den Betreuungspersonen des Patienten/der Patientin zuständig sein. Sinnvoll kann hier der Einsatz eines institutionseigenen **medizinischen Case Managers** sein, für komplexere pflegerische Massnahmen sollten bei Bedarf **Spitexdienste** eingesetzt werden können. Für **spezialärztliche Belange** ist wünschenswert, dass der Grundversorger/die Grundversorgerin über ein Netzwerk von SpezialärztInnen (und ZahnärztInnen!) verfügt, die Erfahrungen im Umgang mit dieser Patientengruppe haben.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär" gilt – wie oben ausgeführt - in noch weit höherem Ausmass für **psychische Krisen**. Hier bewähren sich sogenannte **Flying Teams**. Gemeint sind **aufsuchende Angebote**, die über agogisches und psychiatrisches Fachwissen verfügen, also HeilpädagogInnen, Pflegefachleute mit behindertenspezifischen Erfahrungen, spezialisierte PsychiaterInnen, PsychologInnen mit einschliessen.

Aufgaben der Flying Teams:

- Abklärung vor Ort
- Indikationsstellung und Empfehlungen für individuelle Massnahmen (Anpassung der agogischen Zielsetzungen; Time out; Änderungen im Tages- und Wochenablauf; ev. zusätzliche therapeutische Angebote; Pharmakotherapie).
- Empfehlungen und Durchführung systemischer Massnahmen wie z.B. Angehen von krisenunterhaltenden Konflikten in der Zusammenarbeit mit den Versorgern (Angehörige; Beistand/Vormund), Unterstützung für das Betreuungsteam innerhalb der Institution, Fachberatungen/Weiterbildungen für das Betreuungspersonal.
- Mithilfe bei der Suche nach vorübergehenden alternativen Unterbringungsmöglichkeiten innerhalb oder ausserhalb der Institution; allenfalls Indikationsstellung für stationäre Krisenintervention in einer psychiatrischen Institution.

Innerhalb der Behinderteninstitutionen muss für diese aufsuchende Beratung ein **geeigneter und geschützter Raum** zur Verfügung stehen, der jederzeit zugänglich ist (keine Angehörigengespräche neben dem Zahnarztstuhl, kein stundenlanges Suchen nach dem Raumschlüssel usw.).

5. Prävention (Alois Grüter)

Prävention muss eigentlich auf gesundheitspolitischer Ebene beginnen, indem die Arbeit mit Menschen mit Intelligenzminderung in ihrer Komplexität und in ihrem Schwierigkeitsgrad nicht mehr unterschätzt werden sollte!
„Es ist viel einfacher, eine Rakete auf den Mond zu schiessen, als mit einem Menschen mit Intelligenzminderung angemessen umzugehen“ (G. Feuser)

Prävention kann ansetzen bei krisenauslösenden Ereignissen, bei der betroffenen Person oder auf institutioneller Ebene:

5.1. Ereignisbezogene Massnahmen:

Bestimmte, mit hoher Wahrscheinlichkeit eintretende Lebensereignisse wie z.B. Auszug aus dem Elternhaus, Aufbau einer Beziehung zu Helfern, Tod eines Elternteils, Weggang von wichtigen Bezugspersonen, Pensionierung in der beschützenden Werkstätte, schwere körperliche Erkrankungen usw. können gedanklich und konzeptionell vorausgenommen werden. Betreuende Institutionen bzw. deren Personal sollten sich damit auseinandersetzen und entsprechende Vorgehensweisen entwickeln.
Häufig ist es Aufgabe des Hausarztes/Heimarztes, auf die Bedeutung von Lebensereignissen hinzuweisen.

5.2. Personenbezogene Massnahmen

- Evaluation, wie auf die **Grundbedürfnisse eines Menschen im institutionellen Rahmen** eingegangen werden kann: z.B. soziale Kontakte, Bedürfnis nach Arbeit/Beschäftigung, Ernstgenommen-Werden.
  Hilfreich sind da Konzepte wie das **Personenzentrierte Arbeiten von Pörtner**, der **Aufbau einer entwicklungsfreundlichen Beziehung von Senckel** und andere pädagogisch-therapeutische Konzepte zum Beziehungsaufbau (vgl. Literaturliste, Anhang IV).
- Förderung der **Beobachtungskompetenz der Betreuerinnen** vor Ort. Dies kann mit Hilfe individuell angepasster Bobachtungsbogen geschehen (Beispiel s. Anhang III).
- **Krisenpläne**, die klare Vorgehensweisen in bestimmten schwierigen Situationen vorgeben, können ebenfalls präventiv wirken.
- Frühzeitige Interventionen sind angezeigt, weil sich BetreuerInnen häufig als VersagerInnen vorkommen, wenn sie Hilfe holen. Deshalb ist es wichtig zu vermitteln, dass **Hilfe holen Kompetenz bedeutet.**

- Die **Arbeit an Haltungsfragen zu Krisen** kommt in der Behindertenarbeit immer noch zu kurz.
- Präventive Hilfestellung kann auch der Hausarzt leisten, wenn **somatische Abklärungen** klar am Anfang stehen und ausgereizt werden (nötigenfalls auch apparativ, auch wenn dies aufwändig und schwierig ist). Die Erfahrung zeigt, dass hinter angeblich psychischen Auffälligkeiten häufig somatische Beschwerden stehen.
- **Nach Krisen** soll eine **Auswertung** über hilfreiche und weniger hilfreiche Interventionen erfolgen.

5.3. Massnahmen auf institutioneller Ebene

- Eine **Helferkonferenz** mit allen wichtigen Bezugspersonen hat häufig eine grosse präventive Wirkung. Viele Krisen lassen sich abwenden, wenn Konflikte zwischen Bezugspersonen vermieden, resp. rechtzeitig geklärt werden können. In der Helferkonferenz kann eine fallführende Person bestimmt werden.
- Institutionen sollten die Möglichkeit haben, **Zusammenarbeitsvereinbarungen** mit psychiatrischen Einrichtungen zu treffen. Dabei haben die Institutionen die Möglichkeit, Fachkräfte (sogenannte Flying Teams, s. oben unter 4) ambulant in die Institution zu holen, damit Krisen frühzeitig erkannt werden und durch Praxisberatung und ambulante Settings Hospitalisationen vermieden werden.

6. Zusammenfassende Empfehlungen

Ärztinnen und Ärzte, welche Menschen mit geistiger oder Mehrfachbehinderung in Krisen betreuen und behandeln tun gut daran

- sich auf einen **erhöhten Zeitbedarf** für jede Intervention einzustellen.
- genügend Zeit für eine **sorgfältige Diagnostik** einzusetzen. Auf somatische Abklärungen soll nicht vorschnell wegen des erhöhten (zeitlichen und personellen!) Aufwandes verzichtet werden!
- der **interdisziplinären Zusammenarbeit** mit dem Umfeld des Patienten/der Patientin einen hohen Stellenwert einzuräumen.
- die Indikation für medikamentöse Behandlungen mit Psychopharmaka zurückhaltend zu stellen, und den Besonderheiten dieser Patientengruppe Rechnung zu tragen (vgl. Anhang II).

Heime und Werkstätten sollten über ein **Krisenkonzept** verfügen, welches

- die Kompetenzen und Zuständigkeiten innerhalb der Institution definiert.
- festlegt, wer in Krisensituationen beigezogen wird, und wie die Betreffenden erreichbar sind.

Behörden müssen in der Gesundheitsversorgung den spezifischen Bedürfnissen von Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung Rechnung tragen.
Prioritär sind unseres Erachtens:

- die Unterstützung einer medizinischen Versorgung, welche diese Bedürfnisse angemessen berücksichtigen kann (Tarifstrukturen, Förderung spezifischer Weiterbildungsmöglichkeiten für das betreuende Personal).
- Aufbau von Flying Teams.
- geeignete stationäre Angebote für die Krisenintervention bei Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung.
- diese Angebote sollen wo immer möglich nicht in medizinischen Institutionen, sondern in regionalen Heimstrukturen eingerichtet werden.
- für den Fall unumgänglicher Hospitalisationen in medizinischen Institutionen (somatische Spitäler, psychiatrische Kliniken) muss eine gute und enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen dem (meist agogischen) Personal der zuweisenden Institution und den (meist medizinischen) Fachleuten von Spital oder Klinik sichergestellt werden.

Anhang I:
Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (Dr. med. C. Kittler)

1. Vorbemerkungen

Lebensräume für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung können nur dann gesichert werden, wenn sich alle Beteiligten (Eltern/Familien, Schule, Betreuungspersonen, TherapeutInnen, Institution usw.) auf einen **gemeinsamen Konsens** abstützen können.

Es sind – auch und besonders in Krisensituationen - immer **vorrangig somatische Aspekte** (auch neuropädiatrische) zu berücksichtigen. Kinder und Jugendliche können in Krisensituationen verschiedene Symptome zeigen, die zunächst eingehend körperlich zu untersuchen sind. Dabei können auch Laboruntersuchungen erste Hinweise liefern (als Beispiel schwere Eskalationen mit Kotschmieren bei pos. Hämoccult-Test und der Diagnose Hämorrhoiden).

Sämtliche Interventionen bedürfen spezifischer Modifikationen je nach chronologischem Alter und Entwicklungsstand des Patienten. **Das Niveau der Persönlichkeitsentwicklung ist auf der Grundlage der körperlichen, kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklung einzuschätzen.** Insbesondere die emotionale Entwicklung soll so gut wie möglich erfasst werden. Entwicklungsaspekte spielen auch beim Einbezug der Eltern eine grosse Rolle (z.B. Ablöseproblematik).

Die besondere juristische Lage bei Kindern/Jugendlichen ist zu berücksichtigen.

2. Allgemeines zu Krisenmanagement

Vorrangig ist immer Deeskalation!

Für eine qualifizierte Krisenintervention und zur Bewältigung von Krisen sind die Kooperationsbeziehungen entscheidend. Ein Krisenmanagement muss deshalb diesen Aspekt prioritär berücksichtigen.

Mögliche, hilfreiche Ansätze sind:

- Einberufen einer Helfer-/Helferinnenkonferenz
- ev. Bestimmung eines Casemanagers
- Entwicklung eines Konzeptes zur Krisenintervention: Initiieren, Umsetzungssteuerung und Evaluation eines Handlungskonzeptes
- Regelmässige Überprüfung des Konzeptes
- Festlegen von Zuständigkeiten
- Somatische Abklärungen
- Externe Unterstützung z.B. durch Liaisonpsychiatrie
- Beratung der Bezugspersonen
- eventuelle Therapie-Einleitung
- Frage medikamentöser Behandlung (mit grösser Zurückhaltung – vgl. auch Anhang II)
- Platzierungssituation überdenken (z.B. Wechsel aus dem Elternhaus in ein Heim? Schulwechsel? Heimwechsel? Stationäre Krisenintervention?)

3. Akutintervention

Leitfragen: Wie kann die Problematik möglichst schnell beendet werden? Welche Hilfe kann herangezogen werden? Wer muss informiert / beteiligt werden? Welche gesetzlichen Bestimmungen sind zu beachten?

Interventionen:

- Kontrolle der eigenen Gefühle
- Verletzungsminimierung (Haltetechnik, Time-Out-Raum, Einsatz von Handschuhen, Fixierung)
- Keine Warum-Fragen, sondern empathisches Fragen oder blosses Zuhören
- Hilfe holen (intern und/oder extern)
- Dokumentation

- Bei jeder Akutintervention steht die Vermeidung (oder zumindest Minimierung!) von Verletzungen aller Beteiligten im Vordergrund. Dabei muss selbstverständlich eine klare Hierarchie von Schutzmassnahmen beachtet werden (immer die am wenigsten eingreifende Intervention wählen!).
  Dies beinhaltet
  Selbstschutz
  Schutz von möglichen Opfern
  Schutz des/der Täter/Täterin
  Schutz von Material

4. Weitere Aspekte und Interventionsmöglichkeiten

Die Krise wird primär in der aktuellen Lebenssituation des Kindes/Jugendlichen bewältigt.

4.1. Symptombezogene Massnahme

Leitfragen: Was? Wie? Wann? Wo? Wie häufig? Reaktionen Betroffener und im pädagogischen Umfeld? Konsequenzen? Erfolge bisheriger Intervention?

Interventionen:

- Konfrontation mit Verhaltensproblem
- Konfrontation mit den Konsequenzen
- Einbezug in die Helfer-/Helferinnenkonferenz
- Kontrolle von Wut und Aggression
- Rund um die Uhr Beaufsichtigung (1:1 oder 2:1-Betreuung)
- Freiheitseinschränkende Massnahmen (Schutz vor Autoaggressionen und Fremdaggressionen)
- Dem Symptom keine Beachtung schenken

4.2. Lebensweltbezogene Massnahmen

Leitfragen: Bestehen belastende oder stabilisierende Aspekte in der Lebenswelt? Mögliche entlastende Veränderungen? Wie kann der/die Betroffene je nach Lebensalter selber Einfluss nehmen?

Interventionen:

- Aktivierung des sozialen Netzes
- Kooperation mit den Eltern (die Familiensituation muss im Zentrum stehen mit möglichst wenig Irritationen der Geschwisterkinder, Berücksichtigung eigener Perspektiven-Entwicklung beider Elternteile, Aufrechterhaltung sozialer Kontakte: „Helfersysteme ersetzen keine Freunde oder Verwandte“)
- Multimodale Behandlung muss immer entwicklungsorientiert sein.
- Veränderung von alltäglichen Verpflichtungen (Schule, Therapien)
- Alltagsstrukturierung
- Rückzugsmöglichkeiten (Zimmerwahl)
- Milieuwechsel

4.3. Ursachenbezogene Massnahmen

Leitfragen: Wie erklärt sich der/die Betreffende (Jugendliche) selbst die Lage? Wodurch wurde die Krise aus Sicht der Begleitung ausgelöst (Bezugspersonen)? Welche auslösenden Aspekte können verändert werden? Welche stabilisierenden und disponierenden Aspekte in der Lebenslage sind relevant und können genutzt werden?

Interventionen:
Beratung (multimodale Interventionsstrategien: auf den verschiedenen Ebenen Individuum, Familie und Umfeld mit jeweils unterschiedlicher somatischer, psychischer und sozialer Fokussierung).

4.4. Bedürfnisbezogene Massnahme

Leitfragen: Welche emotionale Reaktion will der/die Jugendliche erreichen / welche erreicht sie/er tatsächlich? Positives Interesse und Gefühl hinter dem Verhalten? Welche emotionale Unterstützung braucht er/sie?, Welche Bedürfnisse äussert er/sie? Bisherige positive Reaktion auf emotionale Unterstützung?

Interventionen:
- Gespräche
- Persönliche Zuwendung
- Einsatz von Spieltherapie bei kleineren Kindern
- Entdramatisieren der Problematik
- Körperbezogene und kreative Massnahmen

5. Krisenintervention stationär

Selbstverständlich sind, z.B. mit Unterstützung durch die Liaisonpsychiatrie, (Fehl-)Einweisungen präventiv zu vermeiden.
Es erscheint zwar oft sinnvoll, spezialisierte Kriseninterventionsstationen für Menschen mit Behinderungen einzurichten. Kinder und Jugendliche werden aber überwiegend in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen behandelt, wo häufig eine akute stationäre Aufnahme nicht möglich ist.
Je nach Alter der Kinder und Jugendlichen stellen sich dabei folgende Fragen:

- Wer entscheidet über die Aufnahme?
- Akzeptanz von Zwangsunterbringung?
- Kriterien für die Aufnahme in eine Krisengruppe oder in die Kinder- und Jugendpsychiatrie?
- Welche Berufsgruppen arbeiten hier?
- Was geschieht, wenn die Krise auch da nicht zu bewältigen ist?
- Bedeutung der Psychopharmaka? Der Einsatz der Psychopharmaka muss mit den Eltern vorher abgesprochen werden. Zuweilen ist eine Überwachung auf einer Station für die medikamentöse Einstellung sinnvoll.
- Psychotherapeutische oder pädagogische Ausrichtung?
- Wie wird die Rückführung geregelt / gesichert? Abschieben von unliebsamen Heimbewohnern?
- Gefahr der Traumatisierung durch einen für den/die Betroffene/n nicht nachvollziehbaren Milieuwechsel?
- Stabilisierung unflexibler Begleitkonzepte in der Herkunftssituation?

Wichtig ist dabei, dass das bisherige soziale Umfeld durch fachliche Beratung auf die Rückführung vorbereitet wird.

Anhang II:
Medikamentöse Behandlung bei psychischen und psychosozialen Krisen (Dr. med. F. Brem)

Wir schicken voraus, dass es zur Behandlung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung mit Psychopharmaka kaum evidenz-basierte Daten gibt! Die nachstehenden Vorschläge für Erwachsene sind deshalb vorsichtig anzuwenden; die sorgfältige Prüfung bezüglich Indikation, Nebenwirkungen und vor allem Interaktionen bleibt immer in der Verantwortung des verordnenden Arztes, umso mehr als es sich oft um Off-label-Anwendungen handelt.

1. Kurzfristiger Einsatz von Medikamenten (Reserve-/Notfallmedikationen):

Selbstverständlich sind erkannte akute körperliche Ursachen (z.B. non-konvulsiver Status epilepticus oder akute Schmerzen) fachgemäss zu behandeln, unter Beachtung des Interaktionsrisikos mit bereits bestehenden Dauermedikationen, insbesondere psychopharmakologischen und antiepileptischen. In unklaren Situationen, in denen Schmerzen eine Rolle spielen könnten, kann die Abgabe eines geeigneten Analgeticums zuweilen erstaunlich hilfreich sein.

Bei jeder Medikation müssen die folgenden Punkte bedacht werden:

- Agogische Massnahmen werden unter Umständen erst „unter dem Schutz“ einer geeigneten Medikation möglich.
- Entschärfung der Situation muss immer primäres Ziel sein.
- Frühere Erfahrungen mit psychoaktiven Substanzen bei der betreffenden Person sind zu berücksichtigen.
- Es müssen klare Zielsymptome definiert werden.
- Reservegaben sollen wenn notwendig möglichst frühzeitig erfolgen (Teams sind zu schulen, Frühsymptome einer Erregung zu erfassen); Gabe nach bereits erfolgtem Gewaltausbruch dient oft vor allem dem subjektiven Sicherheitsempfinden des Personals!
- Man soll mit möglichst kleinen Dosen auszukommen versuchen („start low – go slow“)! Allerdings sind sogenannt paradoxe Effekte oft dosisabhängig (z.B. vermehrte Angetriebenheit bei kleinen Benzodiazepin-Dosen, Beruhigung bei höheren Dosierungen.)
- Es sind möglichst keine kombinierten Medikationen anzuwenden.
- Das Nebenwirkungspotential ist zu beachten (bei Neuroleptikagabe Akineton bereit halten)
- Gründe der Abgabe und deren Wirkung sind zu protokollieren für allfällige weitere notwendige Interventionen.
- Sofern noch keine Erfahrungen beim entsprechenden Patienten vorliegen, soll man das wahrscheinlich am besten verträgliche Medikament auswählen.

Substanzen, die sich für den kurzfristigen Einsatz bewährt haben:

- *Benzodiazepine:* Lorazepam u.a.; wirken vor allem auch bei Ängstlichkeit.
- *Neuroleptika:* Risperidon (Vorteil der galenischen Formen als Schmelztbl. oder flüssig); Levomepromazin (Nozinan), ist ebenfalls flüssig verfügbar; Pipamperon (Dipiperon); Olanzapin (Zyprexa), als Velotabs verfügbar

Klassische hochpotente Neuroleptika sind wegen der Nebenwirkungen sehr zurückhaltend und nur in niedrigsten Dosierungen anzuwenden!

2. Längerdauernde Behandlung mit Psychopharmaka

Grundsätze:

- Psychopharmaka gelten bei Verhaltensauffälligkeiten als eine im Vergleich zu agogischen und strukturellen Massnahmen wenig wirksame Interventionsform.
- Bei Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang mit einer unzumutbaren Belastung, wenig bedürfnisgerechter Umgebung, oder wenn sie als Ausdrucksmittel systemischer Probleme erscheinen, ist vorerst ein nicht-pharmakologischer Ansatzpunkt zu wählen.
- Meist ist der Einsatz von Psychopharmaka bei Verhaltensauffälligkeiten eine Offlabel-Anwendung. (Fehlende Studien zur Wirksamkeit bedeuten aber nicht unbedingt fehlende Wirksamkeit. Welche Substanzen zu welchen Indikationen zugelassen sind, ist auch abhängig von den Interessen der Firmen).
- Verhaltensauffälligkeiten können auch eine Nebenwirkung von bestehenden Medikationen, beispielsweise höher dosierten Neuroleptika oder Antiepileptika, aber auch z.B. Antihypertonika u.a. sein.
- Gerade auch mit Menschen mit Behinderung ist die Verschreibung von Medikamenten wenn immer möglich ausführlich zu besprechen.
- Antidepressiva sind in die Überlegungen einzubeziehen (beispielsweise Trazodon bei Schlafstörungen).
- Bei Menschen mit Behinderung sind häufig schon niedrigere Dosierungen wirksam (und sie verursachen früher Nebenwirkungen!).
- Nebenwirkungen können unerkannt bleiben, weil die Patienten ihre Beschwerden nicht einordnen oder kommunizieren können.
- Viele Psychopharmaka und Antiepileptika haben ein hohes Interaktionspotential; es kann auch zu – pharmakokinetischen und pharmakodynamischen – Interaktionen kommen, die bisher noch gar nicht bekannt sind.
- Drug Monitoring mittels Blutspiegelbestimmungen ist für die Interpretation klinischer Beobachtungen vermehrt vorzunehmen, zur Entdeckung von bis dahin unbekannten pharmakokinetischen Interaktionen und zur Erkennung von Adhärenzproblemen (Abgabefehler, Widerstände des Personales in Heimen gegenüber Medikationen).
- Die Indikation für eine bestimmte Medikation soll in regelmässigen Abständen überprüft werden.
- beim Personal bestehende Ängste gegenüber dem Abbau (oft langjähriger!) Medikationen müssen durch den Arzt/die Ärztin hinterfragt und durch eine enge, Sicherheit vermittelnde Begleitung in der Abbauphase überwunden werden.

Anhang III: Beispiel für einen Beobachtungsbogen (A. Grüter)

Datum/Uhrzeit	**Beschreibung der Verhaltensauffälligkeit**	**unmittelbar vorausgehende Situation**	**Reaktion der Bezugspersonen**	**weiteres Verhalten des Patienten**	**Visum**

Luzerner Psychiatrie/Heilpädagogisch-psychiatrische Fachstelle Dez 09/AG

Anhang IV: Literaturangaben

- **Bölte Klaus**, 2009, Autismus, Huber-Verlag
- **Bundesvereinigung Lebenshilfe, www.lebenshilfe.de:** diverse Materialien, unter anderem
  - Eine behinderte Medizin?! Zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. 1. Auflage 2002
  - Wenn Verhalten auffällt… , Lebenshilfe-Verlag Marburg, 2. Auflage, 2003 (vergriffen)
  - **Heinrich Johannes,** Akute Krise Aggression. 2007
- **Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB),** diverse Materialen , als pdf-Datei verfügbar unter www.dgsgb.de. Unter anderem
  - **Band 1**: **Hennicke**, Klaus (Hrsg.), *Modelle spezialisierter psychiatrischer Hilfen für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung*
  - **Band 5***:* **Koniarczyk**, Manfred; **Hennicke**, Klaus (Hrsg.): *Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine kritische Standortbestimmung*
  - **Band 9***:* **Hennicke**, Klaus (Hrsg.): *Ambulante Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung und einer psychischen Störung. Praktische Erfahrungen mit den sog. Richtlinienverfahren*
  - **Band 10***:* **Seidel**, Michael (Hrsg.): *Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung*
  - **Band 15***:* **Hennicke**, Klaus (Hrsg.): *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger Behinderung - Möglichkeiten der Prävention*
  - **Band 21***:* **Dobslaw**, Gudrun: *Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung*
- **Doŝen Anton**, Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung; Ein integrativer Ansatz für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Hofgrefe 2010
- **Hässler Frank, Fegert Jörg Michael** (Hrsg.) Geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Schattauer 2005
- **Heijkoop Jacques,** Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Juventa, Weinheim 2007
- **Lindmeier Christian**, Geistigbehindertenpädagogik. Beltz 2006
- **Lindmeier Christian**, Biografiearbeit mit geistigbehinderten Menschen. Juventa 2008
- **Pörtner Marlis**, Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen. Klett-Cotta 2004
- **SAMW** (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften) Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung; Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. SAMW 2008 (Kind Christian et al) www.samw.ch.
- **Sarimski Klaus/Steinhausen Hans-Christoph**, Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Hofgrefe 2008
- **Schanze Christian**, Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Schattauer, 2007
- **Scholte Frans et al,** Europäisches Manifest: Minimale Bedingungen für die Gesundheitsfürsorge von Menschen mit geistiger Behinderung. MAHM 2003 www.mamh.net/Manifesto/Manifesto.htm)
- **Schnyder Ulrich, Sauvant Jean-Daniel**, Krisenintervention in der Psychiatrie. Huber 2000 (vergriffen)
- **Schumacher Kordula**, Krisen und Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitschrift der Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e.V. Jg. 5, Heft 2 (Dezember 2008)
- **Senckel Barbara**, Mit geistigbehinderten Menschen leben und arbeiten. Beck-Verlag 2010
- **Stahl Burkhard/Irblich Dieter** (Hrsg.), Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung, Ein interdisziplinäres Handbuch. Hofgrefe 2005
- **Theunissen Georg, Lingg Albert**, Psychische Störungen bei geistig Behinderten. Lambertus 2009
- **Theunissen Georg,** Krisen und Verhaltensaufffälligkeiten bei geistiger Behinderung. Kohlhammer Stuttgart, 2003
- **Wüllenweber Ernst, Theunissen Georg,** Handbuch Krisenintervention, Band 1 (2001) und 2 (2004), Kohlhammer Stuttgart

Anhang V: Mitglieder der Arbeitsgruppe

Dr. med. Kathrin Bichsel, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Floraweg 1, 3400 Burgdorf

Dr. med. Felix Brem, Präsident SAGB, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Rathausstrasse 17, 8570 Weinfelden

Alois Grüter, Heilpädagoge
Stationäre Psychiatrische Dienste, 4915 St. Urban

Dr. med. Thomas Jochum, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
PZH Embrach, Römerweg 11, 8424 Embrach

Dr. med. Claudia Kittler, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Fachärztin für Pädiatrie
Buchenstrasse 56, 4054 Basel

Redaktion K. Bichsel, 18.7.2011