

**Aus der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik
des Kindes / Jugendalters der Universität Rostock**
komm. Direktor: Prof. Dr. med. habil. Johannes Buchmann

**Stationäre und
ambulante Versorgung
von Menschen mit Intelligenzminderung
und psychischen Störungen
in den Kliniken für Kinder- und
Jugendpsychiatrie / Psychotherapie
in Deutschland**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Rostock

vorgelegt von
Julia Päckert
aus Berlin

Gutachter:

Prof. Dr. Frank Häßler, Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik mbH, Rostock
Univ.-Prof. Dr. Marcel Romanos, Universitätsklinikum Würzburg, Klinik und Poliklinik
für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Univ.- Prof. Dr. Astrid Bertsche, Universitätsmedizin Rostock, Kinder- und
Jugendklinik / Bereich Neuropädiatrie

Jahr der Einreichung: 2018
Jahr der Verteidigung: 2019

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	8
1 Einleitung.....	9
1.1 Definition und Schweregradeinteilung von Intelligenzminderung	13
1.1.1 Definition	13
1.1.2 Schweregradeinteilung.....	16
1.2 Prävalenz und Komorbidität von Intelligenzminderung.....	18
1.2.1 Prävalenz	18
1.2.2 Komorbidität.....	18
1.3 Interventionen bei Intelligenzminderung.....	21
1.3.1 Psychotherapie	21
1.3.2 Psychopharmaka	23
1.4 Bisherige Forschung zum Thema.....	25
2 Ziele der Arbeit	27
3 Fragestellung / Hypothesen.....	28
3.1 Fragestellung.....	28
3.2 Hypothesen	28
4 Methodik.....	30
5 Ergebnisse	32
5.1 Demographie der befragten Kliniken	32
5.2 Spezialangebote für intelligenzgeminderte Patienten.....	34
5.3 Behandlungshäufigkeiten nichtintelligenzgeminderter und intelligenzgeminderter Patienten	35
5.4 Diagnosen intelligenzgeminderter Patienten	41
5.5 Medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlungsformen	47
5.6 Einschätzung der Versorgungssituation intelligenzgeminderter Patienten	59
6 Diskussion	65
7 Zusammenfassung	84
8 Literaturverzeichnis	87
9 Anhang.....	92

9.1	Verwendeter Fragebogen.....	92
9.2	Ergänzende Tabellen.....	105
10	Selbstständigkeitserklärung.....	116
11	Danksagung	117
12	Thesen	118

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Prävalenz psychischer Störungen bei Intelligenzminderung.....	20
Tabelle 2: Kliniken mit Spezialangebot für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche.....	35
Tabelle 3: Anzahl stationärer Aufnahmen.....	35
Tabelle 4: Anzahl von Aufnahmen in die Tagesklinik.....	36
Tabelle 5: Anzahl von Behandlungsepisoden in der Ambulanz.....	36
Tabelle 6: Anzahl stationärer Aufnahmen Intelligenzgeminderter.....	37
Tabelle 7: Anzahl von Aufnahmen Intelligenzgeminderter in die Tagesklinik.....	37
Tabelle 8: Anzahl von ambulanten Behandlungen Intelligenzgeminderter (<6 Jahre).....	38
Tabelle 9: Anzahl von ambulanten Behandlungen Intelligenzgeminderter (6-14 Jahre)	38
Tabelle 10: Anzahl von ambulanten Behandlungen Intelligenzgeminderter (>14 Jahre).....	38
Tabelle 11: Anteil Intelligenzgeminderter am stationären, tagesklinischen und ambulanten Patientenaufkommen.....	39
Tabelle 12: Hauptdiagnosen intelligenzgeminderter Patienten stationär.....	42
Tabelle 13: Hauptdiagnosen intelligenzgeminderter Patienten ambulant.....	43
Tabelle 14: Häufig gestellte F-Diagnosen.....	44
Tabelle 15: Häufig gestellte F-Diagnosen (Chi-Quadrat-Test).....	46
Tabelle 16: Indikation für Psychopharmaka bei Intelligenzminderung.....	47
Tabelle 17: Positive Psychopharmakaerfahrungen bei Intelligenzgeminderten in der Akutbehandlung.....	48
Tabelle 18: Positive Psychopharmakaerfahrungen bei Intelligenzgeminderten in der Dauerbehandlung.....	50
Tabelle 19: Positive Psychopharmakaerfahrungen bei Intelligenzgeminderten in der Akutbehandlung (Chi-Quadrat-Test).....	52
Tabelle 20: Positive Psychopharmakaerfahrungen bei Intelligenzgeminderten in der Dauerbehandlung (Chi-Quadrat-Test).....	53
Tabelle 21: Verteilung der Therapiemodalitäten nach dem Komponentenmodell.....	54
Tabelle 22: Verteilung der Therapiemodalitäten nach dem Komponentenmodell (Chi-Quadrat-Test).....	55

Tabelle 23: Verhältnis nichtmedikamentöser Behandlungsformen zu Psychopharmaka.....	55
Tabelle 24: Verfügbarkeit therapeutischer Angebote bei Intelligenzgeminderten nach Grad der Einschränkung.....	59
Tabelle 25: Einschätzung der stationären / teilstationären Versorgungssituation Intelligenzgeminderter mit psychischen Störungen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	60
Tabelle 26: Einschätzung der ambulanten Versorgungssituation Intelligenzgeminderter mit psychischen Störungen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	60
Tabelle 27: Einschätzung der stationären und ambulanten Versorgungssituation Intelligenzgeminderter mit psychischen Störungen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Chi-Quadrat-Test).....	62
Tabelle 28: Einschätzung der ambulanten Versorgungssituation Intelligenzgeminderter mit psychischen Störungen durch Psychologische Psychotherapeuten.....	62
Tabelle 29: Einschätzung der Versorgungssituation Intelligenzgeminderter mit psychischen Störungen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. psychologische Psychotherapeuten (Chi-Quadrat-Test).....	63
Tabelle 30: Spezialangebote für Intelligenzgeminderte mit psychischen Störungen an Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie allg. empfehlenswert.....	64
Tabelle 31: Spezialangebote für Intelligenzgeminderte mit psychischen Störungen in Ambulanzen empfehlenswert.....	64
Tabelle 32: Verfügbarkeit einer Tagesklinik.....	105
Tabelle 33: Platzanzahl der Tagesklinik.....	105
Tabelle 34: Verfügbarkeit einer Ambulanz.....	105
Tabelle 35: Anzahl der Ambulanzen.....	105
Tabelle 36: Status der Ambulanzen.....	105
Tabelle 37: Anzahl getrennt geführter Stationen.....	106
Tabelle 38: Stationsbelegung nach Alter.....	106
Tabelle 39: Klinikzuständigkeit für einen spez. Versorgungsbereich.....	106
Tabelle 40: Einwohnerzahl im Versorgungsbereich – geschätzt.....	106
Tabelle 41: Einwohnerzahl im Versorgungsbereich – Einwohnerstatistik.....	106

Tabelle 42: Patientenaufkommen von außerhalb des Versorgungsbereichs ausgenommen Tagesklinik / Ambulanz (in Prozent).....	107
Tabelle 43: Übereinstimmung der Versorgungsbereiche von Klinik und Tagesklinik	107
Tabelle 44: Patientenaufkommen von außerhalb des Versorgungsbereichs in der Tagesklinik (in Prozent).....	107
Tabelle 45: Übereinstimmung der Versorgungsbereiche von Klinik und Ambulanz.	107
Tabelle 46: Patientenaufkommen von außerhalb des Versorgungsbereichs in der Ambulanz (in Prozent).....	107
Tabelle 47: Interklinische Kooperationen.....	108
Tabelle 48: Anteil leicht und schwer intelligenzgeminderter stationär Aufgenommener (in Prozent).....	108
Tabelle 49: Anteil leicht und schwer intelligenzgeminderter in die Tagesklinik Aufgenommener (in Prozent).....	108
Tabelle 50: Anteil leicht und schwer intelligenzgeminderter in der Ambulanz Behandelter (in Prozent).....	109
Tabelle 51: Anteil lernbehinderter Patienten an stationären Aufnahmen (in Prozent).....	109
Tabelle 52: Anteil lernbehinderter Patienten an Aufnahmen in die Tagesklinik (in Prozent).....	109
Tabelle 53: Anteil lernbehinderter Patienten an Behandelten in der Ambulanz (in Prozent).....	109
Tabelle 54: Anteil von Kriseninterventionen im Verhältnis zu Regelbehandlungen stationär (in Prozent).....	110
Tabelle 55: Anteil von Regelbehandlungen im Verhältnis zu Kriseninterventionen stationär (in Prozent).....	110
Tabelle 56: Anteil von Kriseninterventionen im Verhältnis zu Regelbehandlungen in der Tagesklinik (in Prozent).....	110
Tabelle 57: Anteil von Regelbehandlungen im Verhältnis zu Kriseninterventionen in der Tagesklinik (in Prozent).....	110
Tabelle 58: Anteil von Kriseninterventionen im Verhältnis zu Regelbehandlungen in der Ambulanz (in Prozent).....	111
Tabelle 59: Anteil von Regelbehandlungen im Verhältnis zu Kriseninterventionen in der Ambulanz (in Prozent).....	111

Tabelle 60: alternativer Behandlungsort Intelligenzgeminderter bei Fehlen einer Spezialstation.....	111
Tabelle 61: Verfügbarkeit eines aufsuchenden Dienstes außerhalb der Stationen...	111
Tabelle 62: Verfügbarkeit eines Spezialangebots für mehrfach Behinderte.....	111
Tabelle 63: diagnostische Tests.....	112
Tabelle 64: Informationsquellen.....	112
Tabelle 65: Organmedizinische Diagnostik bei Intelligenzgeminderten.....	112
Tabelle 66: Leitkonzept der Klinik.....	112
Tabelle 67: Therapeutisches Klinikangebot nach versorgender Berufsgruppe.....	113
Tabelle 68: Empfehlung therapeutischer Angebote bei Intelligenzgeminderten nach Grad der Einschränkung.....	114
Tabelle 69: Versorgende Berufsgruppen Intelligenzgeminderter mit psychischen Störungen.....	114
Tabelle 70: Universitätskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Spezialangebot für psychisch kranke Intelligenzgeminderte bekannt...	115
Tabelle 71: Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Spezialangebot für psychisch kranke Intelligenzgeminderte bekannt.....	115
Tabelle 72: Vertretensein von Klinikmitgliedern in regionalen Ausschüssen / Gremien für Intelligenzgeminderte.....	115

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Klinikstatus.....	32
Abbildung 2: Platzanzahl (Planbetten; einschl. Tagesklinik).....	33
Abbildung 3: Einwohnerzahl im Versorgungsbereich.....	34
Abbildung 4: Anteil Intelligenzgeminderter am stationären, tagesklinischen und ambulanten Patientenaufkommen (absolut).....	39
Abbildung 5: Anteil Intelligenzgeminderter am stationären, tagesklinischen und ambulanten Patientenaufkommen (relativ).....	40
Abbildung 6: Verhältnis leicht zu schwer Intelligenzgeminderte.....	41
Abbildung 7: Häufig gestellte F-Diagnosen.....	45
Abbildung 8: Positive Psychopharmakaerfahrungen bei Intelligenzgeminderten in der Akutbehandlung.....	49
Abbildung 9: Positive Psychopharmakaerfahrungen bei Intelligenzgeminderten in der Dauerbehandlung.....	51
Abbildung 10: Verhältnis nichtmedikamentöser Behandlungsformen zu Psychopharmaka.....	57
Abbildung 11: Einschätzung der stationären / teilstationären und ambulanten Versorgungssituation Intelligenzgeminderter durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	61

1 Einleitung

Menschen mit Behinderung haben Anspruch auf gleichwertige medizinische Versorgung wie geistig und körperlich Gesunde. Gleichzeitig bedürfen Behinderte, auch Menschen mit Intelligenzminderung, der besonderen Fürsorge und spezieller medizinischer Versorgung.

Diese Grundsätze haben die Vereinten Nationen im Rahmen der UN (United Nations)-Behindertenrechtskonvention (Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen / CRPD Convention of the Rights of Persons with Disabilities) international verbindlich kodifiziert. In Kraft getreten 2008, beinhaltet dieses Abkommen neben der Bestätigung allgemeiner Menschenrechte auch für Behinderte eine Vielzahl spezifischer Regelungen z. B. für die Bereiche Bildung, Justiz und Gesundheit. Artikel 25 der Konvention spricht ihnen das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund ihrer Behinderung zu und verpflichtet die Vertragsstaaten, alle dafür erforderlichen Vorkehrungen zu treffen. Insbesondere

- „- stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, [...]
- bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, [...]“ (Behindertenrechtskonvention.info).

Zentrales Ziel der UN-Konvention ist, im Sinne des Diversity-Ansatzes die gesellschaftliche Wertschätzung von Menschen mit Behinderung zu fördern, Diskriminierung durch die Gesellschaft zu unterbinden und Chancengleichheit herzustellen. Angestrebt wird die Wahrung von Unabhängigkeit bei gleichzeitig vollumfänglicher Teilhabe an der Gesellschaft (Häßler 2014).

Für die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union wurden die Zielvorgaben der hier 2011 in Kraft getretenen Konvention im Rahmen der „Europäischen Strategie

zugunsten von Menschen mit Behinderungen 2010-2020: erneuertes Engagement für ein barrierefreies Europa“ gefasst (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2017a).

In der Bundesrepublik Deutschland, deren Grundgesetz die Diskriminierung Behinderter verbietet („Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“, Grundgesetz Artikel 3, Absatz 3), dauert seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention 2009 der Prozess der Überführung der dort enthaltenen Verpflichtungen in staatliches Recht an. Verantwortlich für die Überwachung der Grundsatz Einhaltung sind das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen sowie das Deutsche Institut für Menschenrechte (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2017b).

Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung geistig behinderter (intelligenzgeminderter) Erwachsener gab es in den letzten Jahren wichtige Fortschritte. Beispielhaft sei hier die mit der Novellierung des Sozialgesetzbuches (SGB) V § 119c im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von 2015 ermöglichte Einrichtung spezieller „Medizinischer Behandlungszentren für Menschen mit geistiger Behinderung“ genannt, die zu einer Verbesserung der ambulanten Behandlung intelligenzgeminderter Erwachsener durch besondere methodische Kenntnisse und zielgruppenspezifische Diagnostik und Therapie beitragen sollen (Thimm & Schäper 2016). Oder auch das 2017 in der ersten von vier geplanten Reformstufen in Kraft getretene Bundesteilhabegesetz, das Nutzen und Zugänglichkeit der Eingliederungshilfe verbessern und so die Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung stärken soll (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016).

Auch im Rahmen der Versorgung intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher wird die Leitidee der Inklusion zunehmend in Aktionsplänen und Handlungsempfehlungen konkretisiert. So veröffentlichte die Gemeinsame Kommission »Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen und schweren Lernbehinderungen« der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), des

Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG) 2014 die „S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung“, die neben der Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes und klinischer Erfahrungen auch konkrete Vorschläge und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Diagnostik und Therapie bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen enthält.

Initiativen wie diese sind auch deshalb dringend vonnöten, weil Menschen mit Intelligenzminderung ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung 3 - 4 mal erhöhtes Risiko für Komorbiditäten, insbesondere für psychische Störungen haben (Hölscher & Schneider 2015). Vor allem die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungslage von Menschen mit Intelligenzminderung und gleichzeitigen psychischen Störungen erweist sich bislang als defizitär. In der stationären psychiatrischen Versorgung gibt es derzeit in Deutschland nur etwa 500 Akutbetten, meist in psychiatrischen Spezialabteilungen. Die ambulante psychiatrische Versorgung hat sich zwar in den letzten Jahren verbessert, jedoch besteht weiterhin eine deutliche Unterversorgung (Schanze & Schmitt 2014). Dabei fehlt es sowohl an spezialisierten, auf breiter Basis verfügbaren und damit für alle zugänglichen Behandlungskonzepten als auch an zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen, um den besonderen Behandlungsbedürfnissen dieser Patientengruppe gerecht zu werden (Thimm & Schäper 2016).

Dies gilt insbesondere für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche, die als „Hochrisikogruppe“ für Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen angesehen werden müssen (Hennicke 2017). Häßler (2011) konstatiert: „[z]wischen Anspruch und Erfordernissen bezüglich der gesundheitlichen Versorgung von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen mit und ohne psychische Störungen und der Realität klafft – mit gewissen territorialen Ausnahmen – eine große Lücke, die sich in erster Linie auf strukturelle, aber auch inhaltlich diagnostisch-therapeutische Aspekte bezieht“.

Ein Versorgungsdefizit besteht zudem hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung junger Erwachsener mit Intelligenzminderung, insbesondere weil die Hilfe- und Unterstützungssysteme der Jugendpsychiatrie mit Erreichen der Volljährigkeit ihre Zuständigkeit verlieren und Patienten für „erwachsen“ erklärt werden, der

Entwicklungsstand bei Menschen mit Intelligenzminderung aber weder im kognitiven, emotionalen noch sozialen Bereich als solcher gelten kann (Hennicke 2013).

So stellten Hebebrand & Buscher (2013) fest: „An der generellen Einschätzung, dass es erheblichen Verbesserungsbedarf im Hinblick auf die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit Intelligenzminderung gibt, hat sich trotz aller Bemühungen nichts geändert“.

Die Gründe für diese defizitäre Versorgungssituation sind vielfältig. Zum einen wird teilweise keine Behandlungsnotwendigkeit gesehen, weil die Symptome einer etwaigen psychiatrischen Erkrankung bei Menschen mit Intelligenzminderung häufig der geistigen Behinderung und nicht einer psychischen Störung zugeschrieben werden („diagnostic overshadowing“) (Sturmey 1999).

Zum anderen sind psychische Auffälligkeiten bei Menschen mit Intelligenzminderung, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, schwerer zu diagnostizieren und behandeln: beispielsweise aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen der Patienten, aber auch wegen Sprach- und Verständigungsproblemen und der damit einhergehenden etwaigen Notwendigkeit der Einbindung von Bezugspersonen in die Behandlung (Hebebrand & Buscher 2013), wegen Schwierigkeiten in der psychopharmakologischen Behandlung (hohe Nebenwirkungsrate, z. T. paradoxe Reaktionen, Verabreichungs- und Complianceprobleme, gesetzliche Vorschriften usw.) (Hebebrand & Buscher 2013; Häßler 2011), oder weil psychiatrische Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung häufig in Symptomatik und Verlauf vom Üblichen abweichen (Häßler 2014). Dies führt zu einem höheren zeitlichen und finanziellen Aufwand, die Leistungshonorierung erfolgt jedoch nur wie bei einfacher zu behandelnden nichtintelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen, sodass wenig materieller Anreiz zur Therapie dieser Patientengruppe besteht (Hebebrand & Buscher 2013).

Hinzu kommen Zweifel der Behandler an der eigenen Kompetenz hinsichtlich intelligenzgeminderter Patienten (Schäper & Glasenapp 2016) – Ärzte und Angehörige anderer Berufsgruppen sind auf diesem Gebiet meist ungenügend oder gar nicht ausgebildet, da entsprechende Inhalte weder während des Medizinstudiums noch in der Facharztausbildung oder in der Fort- und Weiterbildung angeboten werden (Häßler 2011). Dementsprechend gering sind die Erfahrungen mit intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen sowie Kenntnisse über

somatische, v. a. neurologische, komorbide Störungen (Hebebrand & Buscher 2013). Aus dieser Problemlage resultieren große Vorbehalte bezüglich der Behandlung intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher bei den Leistungserbringern. Vorgenannte Gründe, aber auch der Umstand, dass diese Patientengruppe weiterhin als mittels verschiedener Psychotherapieformen nicht oder nur bedingt therapierbar gilt (die therapeutischen Möglichkeiten aber gleichzeitig deutlich unterschätzt werden) (Hebebrand & Buscher 2013), führen dazu, dass in Deutschland kein etabliertes Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche existiert und sie aus der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung „weitgehend ausgegrenzt“ sind (Hennicke 2013).

Daher mehren sich Forderungen, die Kinder- und Jugendpsychiatrie müsse sich „der Herausforderung der bis dato vernachlässigten präventiven, kurativen und rehabilitativen Versorgung psychisch [...] kranker geistig behinderter Kinder und Jugendlicher stellen und über neue interdisziplinäre multimodale Versorgungsmodelle [...] nachdenken. Eine solche optimale individualisierte Versorgung bedarf nicht nur vernetzter Strukturen und qualifizierten Personals sondern auch einer gesicherten Finanzierungsgrundlage“ (Häßler 2013), um Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und gleichzeitigen psychischen Störungen „eine weitestgehend selbstständige und selbst bestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen“ (Häßler 2007).

1.1 Definition und Schweregradeinteilung von Intelligenzminderung

1.1.1 Definition

Leitsymptom der Intelligenzminderung ist neben dem verminderten Intelligenzniveau eine erschwerte Anpassung an die Anforderungen des alltäglichen Lebens (Adaptabilität). Abhängig vom Schweregrad sind Betroffene aufgrund kognitiver Defizite und erwähnter Anpassungsprobleme in ihrer Unabhängigkeit bezüglich der Selbstversorgung, im Erlernen schulischer, beruflicher und sozialer Fertigkeiten, aber auch in ihrer emotionalen und sozialen Entwicklung beeinträchtigt (Häßler 2011).

International existieren verschiedene Definitionen:

Die Medizinischen Klassifikationssysteme ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme / International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2007 und DSM-IV und DSM-V (Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen / Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) von 1994 bzw. 2013 der American Psychiatric Association definieren Intelligenzminderung wie folgt:

ICD-10

„Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten.“ (ICD-10 Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 2017)

DSM-IV

„A) Unterdurchschnittliche allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit.
B) Starke Einschränkung der Anpassungsfähigkeit in mindestens zwei der folgenden Bereiche: Kommunikation, eigenständige Versorgung, häusliches Leben, soziale zwischenmenschliche Fertigkeiten, Nutzung öffentlicher Einrichtungen, Selbstbestimmtheit, funktionale Schulleistungen, Arbeit, Freizeit, Gesundheit und Sicherheit.
C) Der Beginn der Störung muß vor dem Alter von 18 Jahren liegen.“
(Saß et al. 1996)

DSM-V

Die aktuelle, fünfte Auflage des DSM, dessen endgültige Fassung 2013 veröffentlicht wurde und damit das DSM-IV von 1994 ablöste, nutzt die Bezeichnung „Intellectual Disability“ (Intellektuelle Beeinträchtigung). Dies entspricht dem Begriff „Intellektuelle Entwicklungsstörung“ in der ICD-11, die 2018 verabschiedet werden soll. Die ursprüngliche Bezeichnung „mental retardation“ (geistige Behinderung) wird damit

ersetzt. Demnach handelt es sich bei der Intelligenzminderung um eine „Störung, die während der frühen Entwicklungsphase beginnt und die sowohl intellektuelle als auch adaptive Funktionsdefizite in konzeptuellen, sozialen und alltagspraktischen Bereichen umfasst“.

Folgende drei Kriterien müssen erfüllt sein:

- A) Deutlich unterdurchschnittliche allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit
(Defizite in intellektuellen Funktionen wie Schlussfolgern, Problemlösen, Planen, abstraktes Denken, Urteilen, schulisches Lernen und Lernen aus Erfahrung)
- B) Einschränkungen der alltäglichen Anpassungsfähigkeit im Alters-, Geschlechts- und soziokulturellen Vergleich zu Gleichaltrigen
 - im kognitiven Bereich z. B. Gedächtnis, Sprache, Lesen, Schreiben, mathematisches Schlussfolgern, Problemlösen, Urteilen
 - im sozialen Bereich z. B. Empathie, interpersonelle Kommunikationsfertigkeiten, soziales Urteilsvermögen
 - im alltagspraktischen Bereich z. B. eigene Versorgung, Organisation beruflicher Aufgaben, Umgang mit Geld, Freizeitverhalten
- C) Beginn der intellektuellen und adaptiven Funktionsdefizite in der frühen Entwicklungsphase

(Falkai & Döpfner 2015)

Definition nach ICF

Die ICD-10-Klassifikation wird durch die ICF-Klassifikation (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit / International Classification of Functioning, Disability and Health) der WHO von 2005 bzw. ICF-CY (Adaptation für den Kinder- und Jugendbereich) von 2007 um die Bereiche Körperfunktionen und -strukturen, Aktivität, Partizipation (Teilhabe) und Umweltfaktoren ergänzt (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information 2017).

Es handelt sich dabei um ein integratives Modell von Behinderung, das das medizinische Modell (Behinderung als Problem der Person, verursacht durch eine Krankheit / Störung) und das soziale Modell (Behinderung als gesellschaftlich verursachtes Problem bzw. als Zuschreibungsprozess) verbindet. Jede

Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit wird im System der ICF als Behinderung verstanden (Häßler 2014).

Definition nach SGB IX

Laut SGB IX (§ 2 Abs. 1 Satz 1) gelten Menschen als behindert „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“. Damit erfolgt, wie auch bei der ICF, eine Distanzierung von den primär defektorientierten Denkmodellen der medizinischen Klassifikationssysteme ICD und DSM hin zu prozessorientierten Modellen, die sich an den individuellen Ressourcen Behinderter orientieren und Selbstbestimmung und Teilhabe in den Vordergrund stellen (Häßler 2011).

1.1.2 Schweregradeinteilung

Intelligenzminderung wird in der ICD-10 den psychischen und Verhaltensstörungen (Kapitel V F00-F99) zugeordnet. Unterschieden wird dabei in leichte, mittelgradige, schwere und schwerste Intelligenzminderung. Die Diagnosestellung erfolgt mithilfe des Intelligenzquotienten (IQ), errechnet anhand standardisierter Intelligenztests, sowie der Beschreibung typischer Entwicklungsprobleme:

Eine *leichte Intelligenzminderung* (F70; IQ: 50–69) geht typischerweise mit Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben sowie einer verzögerten Sprachentwicklung einher, wobei im Verlauf meist ausreichende Fähigkeiten zur Alltagskommunikation erlangt werden. Eine eingeschränkte emotionale und soziale Entwicklung ist möglich. Die vollständige Unabhängigkeit in der Selbstversorgung (Nahrungsaufnahme, Hygiene, Ankleiden, Blasen- und Darmkontrolle) wird von den meisten Betroffenen erreicht. Oft ist der Erwerb praktischer Fertigkeiten für die selbstständige Ausübung einfacher Arbeitstätigkeiten möglich.

Eine *mittelgradige Intelligenzminderung* (F71; IQ: 35–49) kann sehr unterschiedlichen Leistungsprofilen entsprechen und reicht z. B. im Rahmen der

Sprachentwicklung von der Unfähigkeit zu sprechen bis hin zur Fähigkeit, an einfachen Unterhaltungen teilzunehmen. Typisch ist eine verzögerte und selten vollständige Unabhängigkeit in der Selbstversorgung, die teilweise eine lebenslange Betreuung nötig macht. Betroffene sind körperlich meist voll beweglich, in der Lage, sozial-kommunikative Fertigkeiten zu erwerben und können bei ausreichender Strukturierung und Beaufsichtigung einfache praktische Tätigkeiten verrichten.

Bei der *schweren Intelligenzminderung* (F72; IQ: 20–34) kommt es oft zu einer so stark eingeschränkten Sprachentwicklung, dass Alltagskommunikation unmöglich ist. Die schwere Intelligenzminderung ähnelt klinisch dem unteren Leistungsbereich der mittelgradigen Intelligenzminderung, geht aber meist zusätzlich mit schweren motorischen Störungen einher.

Bei der *schwersten Intelligenzminderung* (F73; IQ < 20) ist die Kommunikation verbal und nonverbal ebenfalls stark eingeschränkt. Oft sind Betroffene zudem kaum in der Lage, Aufforderungen zu verstehen oder gar zu befolgen. Häufig bestehen außerdem starke Beeinträchtigungen der Bewegungsfähigkeit bis hin zur Immobilität sowie Inkontinenz. Eine Beteiligung an praktischen Aufgaben ist unter Anleitung teilweise möglich, meist sind ständige Unterstützung und Überwachung notwendig.

Eine *sonstige Intelligenzminderung* (F78) wird diagnostiziert, wenn aufgrund sensorischer Beeinträchtigungen, schwerer Verhaltensstörungen oder Körperbehinderungen der Schweregrad einer Intelligenzminderung nicht bestimmt werden kann.

Eine *Lernbehinderung* (IQ 70-85) stellt keine separate Diagnose dar, sondern gilt als „grenzwertige Intelligenz“, die sich in erster Linie in Schulschwierigkeiten äußert. Oft besteht sonderpädagogischer Förderbedarf, die intellektuellen Voraussetzungen reichen meist nicht für den Besuch einer Regelschule.

(Macha & Petermann 2017; Häßler 2011)

Das DSM-V unterteilt die intellektuelle Beeinträchtigung in leicht, mittel, schwer und extrem. Bei der Bestimmung des Schweregrades erfolgt jedoch, im Unterschied zur vorgenannten Einteilung, ein vollständiger Verzicht auf IQ-Werte. Berücksichtigt wird

ausschließlich das adaptive Funktionsniveau, da dieses das Ausmaß der erforderlichen Unterstützung bestimmt, und bei Intelligenztests im unteren Messbereich von einer geringeren Validität ausgegangen werden muss (Falkai & Döpfner 2015).

1.2 Prävalenz und Komorbidität von Intelligenzminderung

1.2.1 Prävalenz

Die Häufigkeit von Intelligenzminderung liegt in Deutschland bei ca. 1,0 % der Bevölkerung (Neuhäuser & Steinhausen 2013). International werden Prävalenzen zwischen 0,6 und 1,83 % angenommen (Maulik et al. 2011). Sie unterliegen altersabhängigen Schwankungen und sind im Schulalter (bis 15 Jahre) am höchsten (Häßler 2011).

Schätzungsweise 80 % der Intelligenzminderungen werden der leichten Form zugeordnet, 12 % der mittelgradigen, 7 % der schweren und weniger als 1 % der schwersten Form (Seidel 2013). Valide Angaben zur Prävalenz von Lernbehinderungen liegen nicht vor, u. a. weil in diesem Intelligenzbereich Entwicklungen in beide Richtungen innerhalb kurzer Zeit möglich und statistische Aussagen damit wenig aussagekräftig sind (Häßler 2011).

Es sind mehr Männer als Frauen von Intelligenzminderung betroffen, das Verhältnis männliches zu weiblichem Geschlecht beträgt 0,9 zu 0,7, bei Kindern und Jugendlichen sogar 1,0 zu 0,4 (Neuhäuser & Steinhausen 2013).

1.2.2 Komorbidität

Das Risiko für somatische und psychische Komorbiditäten ist bei Menschen mit Intelligenzminderung erhöht (Häßler 2011). Es steigt mit dem Grad der intellektuellen Beeinträchtigung. Grundsätzlich umfasst das Spektrum der potentiellen Begleiterkrankungen alle möglichen Diagnosen aus allen Fächern der Medizin (Seidel 2013).

Zu komorbiden Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung existieren nur sehr wenige Untersuchungen:

Häßler (2016) nennt mit Bezug auf eine Studie zur Prävalenz chronischer Erkrankungen bei Jugendlichen (12-18 Jahre) mit Intelligenzminderung in den Niederlanden (Oeseburg et al. 2010) als häufigste somatische Begleiterkrankungen: Epilepsie (14,1 - 31 %), zerebrale Bewegungsstörungen (20 %), Sehbehinderung (15 %), Hörbehinderung (10 %), Asthma / chronische Bronchitis (9,9 %), Herz- / Kreislaufkrankungen (2,4 %) sowie Psoriasis (1,3 %). Genannte Studie fand im Vergleich zu Jugendlichen der Allgemeinbevölkerung signifikant höhere Häufigkeiten einer ganzen Reihe chronischer Erkrankungen. Das sind laut Studie: Asthma / chronische Bronchitis / COPD (Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung / Chronic Obstructive Pulmonary Disease) (9,9 %), Epilepsie (5,3 %), Herz- / Kreislaufkrankungen (2,4 %) und Psoriasis (1,3 %).

Angaben zur Prävalenz komorbider psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung in der Literatur schwanken zum Teil erheblich. So finden sich Häufigkeitsangaben zwischen 3,9 und 46,3 % (Whitaker & Read 2006), aber auch 13,9 und 75,2 % (Buckles et al. 2013). Problematisch in der Vergleichbarkeit diesbezüglicher Studien sind die unterschiedlichen methodologischen Herangehensweisen (beispielsweise Stichprobenziehung, zugrunde gelegte diagnostische Kriterien, Ein- oder Ausschluss von Verhaltensauffälligkeiten) (Cooper et al. 2007), wobei außerdem diskutiert wird, in wieweit diagnostische Kriterien psychischer Störungen, die aus Studien an der Allgemeinbevölkerung entwickelt wurden, bei Menschen mit Intelligenzminderung überhaupt angewandt werden können (Bertelli et al. 2015).

Eine Übersicht der häufigsten psychischen Begleiterkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung im Kindes- und Erwachsenenalter zeigt die folgende Tabelle:

Tabelle 1: Prävalenz psychischer Störungen bei Intelligenzminderung		
Psychische Störung	Lernbehinderung bis leichte Intelligenzminderung (Kinder / Erwachsene)	Mittelgradige bis schwere Intelligenzminderung (Kinder / Erwachsene)
Verhaltensprobleme	17,0 / 13,1	24,0 / 28,5
Hyperaktivität / ADHS	15,0 / 0	26,0 / 2,4
Affektive Störungen	15,0 / 6,5	13,0 / 6,7
Psychotische Störungen	k.A. / 5,9	0 / 3,5
Angststörungen	k.A. / 6,0	8,7 / 2,4
Autismusspektrumsstörung	k.A./ 3,5	7,6 / 10,1

(Häßler 2016)

Eine Fragebogenstudie mit Eltern von 4.337 Kindern im Alter von 4 - 5 bzw. 6 - 7 Jahren in Australien kam 2010 zu dem Schluss, dass Kinder mit Intelligenzminderung einen überproportional hohen Anteil an der Gesamtmorbidität psychisch erkrankter Kinder haben. Intelligenzgeminderte Kinder machen nur etwa 15 % der Bevölkerung dieser Altersgruppe, aber 40 % der psychisch erkrankten Kinder dieses Alters aus. Laut den Ergebnissen der Untersuchung haben Kinder, bei denen im Alter von 4 - 5 Jahren eine Intelligenzminderung oder Lernbehinderung diagnostiziert wurde, ein im Vergleich zu normal entwickelten Kindern signifikant erhöhtes Risiko für psychische Probleme im Alter von 6 - 7 Jahren. Dies betrifft insbesondere Probleme mit Gleichaltrigen (Peer-Probleme) (35 %), Hyperaktivität (26 %), Verhaltensstörungen (24 %) und Persönlichkeitsstörungen (13 %) (Emerson et al. 2010).

In einer Studie von 2003 aus Großbritannien, in der 10.438 Kinder zwischen 5 und 15 Jahren untersucht wurden, kam man ebenfalls zu dem Ergebnis, dass intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche ein signifikant höheres Risiko für bestimmte psychiatrische Erkrankungen haben. Während sich zwischen den beiden Vergleichsgruppen keine Unterschiede in der Häufigkeit von Depressionen (1,5 %), Essstörungen (0,4 %) und Psychosen (0 %) fanden, waren, verglichen mit der gleichaltrigen Referenzgruppe, die Prävalenzen von Verhaltensstörungen (25 %), Angststörungen (8,7 %), hyperkinetischen Störungen (8,7 %) und tiefgreifenden

Entwicklungsstörungen (7,6 %) bei intelligenzgeminderten Kindern signifikant erhöht (Emerson 2003).

Oeseburg et al. (2010) fanden Hinweise darauf, dass folgende psychische Erkrankungen bei Jugendlichen mit Intelligenzminderung signifikant häufiger zu finden sind als bei Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung: ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung) (21,1 %), PDD-NOS (Pervasive Developmental Disorder – Not Otherwise Specified / Tiefgreifende Entwicklungsstörung - nicht anders bezeichnet) (14,0 %), Dyslexie / Lese-Rechtschreib-Schwäche (13,9 %) und Autismus (10,9 %).

1.3 Interventionen bei Intelligenzminderung

Therapeutische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und gleichzeitigen psychischen Störungen dienen in erster Linie der Verbesserung der sozialen Anpassung und damit der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Es bedarf dabei multimodaler Ansätze und einer engen Kooperation der verschiedenen Helfersysteme und Institutionen. Wenn möglich, sollten Behandlungen im vertrauten Lebensumfeld durchgeführt werden, d. h. ambulant unter Einbezug von Eltern sowie Pflege- und Erziehungspersonal bzw. im Rahmen aufsuchender Dienste, die sowohl in der Häuslichkeit als auch in Institutionen tätig werden. Stationäre oder teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Interventionen können bei zunehmendem Schweregrad der Intelligenzminderung indiziert sein bzw. wenn ambulante Maßnahmen nicht erfolgreich sind.

Angehörige, Betreuer und wenn möglich auch die Betroffenen selbst sind in alle Entscheidungen einzubeziehen und über Ziele, Mittel, mögliche Nebenwirkungen und Alternativen therapeutischer Interventionen umfassend aufzuklären (Häßler 2011).

1.3.1 Psychotherapie

Zur Behandlung psychischer Störungen bei jungen Patienten mit

Intelligenzminderung können psycho- und soziotherapeutische sowie pädagogische Maßnahmen eingesetzt werden.

Laut Psychotherapierichtlinie (PT-RL), die die Voraussetzungen für und Durchführung von Psychotherapien im Rahmen der GKV regelt, kann Psychotherapie erbracht werden, sofern eine seelische Krankheit vorliegt. Als seelische Krankheit gilt auch eine geistige oder seelische Behinderung, bei der Rehabilitationsmaßnahmen notwendig werden (Häßler 2016). Sie setzt allerdings eine entsprechende Behandlungsfähigkeit voraus bzw. schließt Psychotherapie aus, wenn „die Voraussetzung hinsichtlich der Motivationslage, der Motivierbarkeit oder der Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind“ (PT-RL §26(3)).

Grundsätzlich kommt der Einsatz aller Psychotherapieformen wie beispielsweise kontextbezogene systemische Therapien oder individuumzentrierte verbale und non-verbale Ansätze (körperorientierte Verfahren, Spiel- und Kreativtherapie, Musiktherapie) auch bei Intelligenzminderung in Frage (Häßler 2011).

Die Wirksamkeit unterschiedlicher psychotherapeutischer Interventionsmöglichkeiten konnte in verschiedenen Studien mit Menschen mit Intelligenzminderung und gleichzeitigen psychischen Störungen nachgewiesen werden. Thompson Prout & Browning (2011) kommen zu dem Ergebnis, dass Psychotherapie sowohl bei Kindern, Jugendlichen als auch Erwachsenen mit Intelligenzminderung mindestens moderate Effekte erzielt. Willner (2005) konnte die Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Therapieformen (psychodynamische Psychotherapie, kognitive Verhaltenstherapie) v. a. bei Menschen mit leichter Intelligenzminderung belegen. In einer Studie von Sappok et al. (2010) erwiesen sich z. B. gestufte In-vivo-Exposition, die Einbeziehung des sozialen Umfelds, Kontingenzmanagement und Coping-Strategien bei der Behandlung spezifischer Phobien bei Menschen mit Intelligenzminderung als besonders wirkungsvoll. Vereenooghe & Langdon (2013) fanden moderate Ergebnisse kognitiver Verhaltenstherapie bei der Behandlung von depressiven Störungen und Wut, wobei Einzeltherapien größere Effekte erzielten als Gruppentherapien. Als effektiv erwies sich Verhaltenstherapie auch bei der Behandlung von Posttraumatischer Belastungsstörung (Mevissen & Jongh 2010) und bei phobischer Vermeidung (Jennett & Hagopian 2008).

Derartige Interventionen müssen jedoch stets an die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten angepasst sowie Therapiemethoden und -settings ggf. modifiziert

werden. Grundsätzlich ist der Entwicklungsstand des Patienten bei der Wahl von Techniken und Material zu berücksichtigen (Kufner & Bengel 2016). Bewährt hat sich beispielsweise die Vereinfachung von Sprache und Nutzung von Visualisierungshilfen sowie der intensive Einsatz aktivitätsbezogener Interventionsformen (Schäper & Glasenapp 2016). Die geplanten therapeutischen Maßnahmen sollten kleinschrittig gewählt und die Behinderung in der Therapie thematisiert werden. Eine wichtige Rolle spielt auch die Einbindung von Bezugspersonen in die Behandlung (obligatorische Fremdanamnese für die Störungsdiagnostik, Unterstützung des Patienten beispielsweise bei der Therapieplanung und Erledigung von Hausaufgaben) (Kufner & Bengel 2016). Ferner werden im Rahmen der Richtlinien des britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE-Guideline 54.1.9) bei Lernbehinderung ausdrücklich speziell auf Lernbehinderte adaptierte kognitive Verhaltenstherapien bei der Behandlung von Depressionen, Entspannungstherapien bei Angststörungen und Techniken der gestuften Konfrontation bei Phobien empfohlen. Geraten wird auch zu speziellen Trainingsprogrammen für Eltern bzw. Pfleger lernbehinderter Kinder, um einerseits psychische Erkrankungen beim Betroffenen zu erkennen bzw. zu behandeln und andererseits die Betreuungsperson zu unterstützen (National Institute for Health and Care Excellence 2016).

1.3.2 Psychopharmaka

Ergänzend zu Psychotherapien hat sich bei der Behandlung psychischer Störungen intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher der Einsatz von Psychopharmaka bewährt. Grundsätzlich gelten hier für eine medikamentöse Therapie die gleichen Behandlungskriterien wie bei nicht intelligenzgeminderten Patienten (Häßler 2011). Da der Einsatz psychotroper Medikamente bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen aber oftmals mit einer Reihe von Problemen verknüpft ist – z. B. fehlende Zulassung der Medikamente für das Kindes- und Jugendalter, kaum wissenschaftliche Erfahrungen, Verabreichungsprobleme, veränderte Wirksamkeit – (Häßler 2016) gilt es, einige Besonderheiten zu beachten. So sollte die medikamentöse Therapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzepts und nach differentieller Indikationsstellung erfolgen. Außerdem sollte stets mit einer geringeren

Dosis als üblich begonnen werden und eine Dosissteigerung ggf. in langsameren Schritten erfolgen (start low, go slow) (Häßler 2011). Laut den Richtlinien der World Psychiatric Association muss vor Therapiebeginn die Durchführung aller notwendigen körperlichen, apparativen sowie laborchemischen Untersuchungen sichergestellt sein. Der Einsatz mehrerer Psychopharmaka parallel sollte nur in Ausnahmefällen und erst nach Ausreizen der Monotherapie erwogen sowie eine verantwortliche Person bestimmt werden, die die Einnahme des Medikaments überwacht. Da Menschen mit Intelligenzminderung allgemein anfälliger für Nebenwirkungen sind, sollte deren Auftreten systematisch mit entsprechend validierten Skalen erfasst werden (Deb et al. 2009). Bei fehlender / auf einige Indikationen beschränkter Zulassung bestimmter Psychopharmaka für das Kindes- und Jugendalter können diese Medikamente u. U. im Rahmen eines therapeutischen Heilversuches (sog. „off-label-use“) eingesetzt werden (wobei dann besonders strenge Regeln für Aufklärung und Dokumentation gelten und häufig Probleme bei der Kostenerstattung durch die jeweilige Krankenkasse auftreten) (Häßler 2014).

Grundsätzlich können psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung die gleichen Psychopharmaka erhalten wie Kinder und Jugendliche ohne Intelligenzminderung. In der Behandlung impulsiv aggressiven Verhaltens haben sich die atypischen Neuroleptika Risperidon (zugelassen für die Kurzzeitbehandlung bis 6 Wochen) und Aripiprazol als effektiv und nebenwirkungsarm erwiesen. Dies gilt auch für das klassische Neuroleptikum Zuclopenthixol, das aber wegen der Zulassungsbeschränkung auf intelligenzgeminderte Erwachsene mit Aggressionen bei Kindern und Jugendlichen nur off-label zum Einsatz kommt. Bei ADHS-Symptomen wie Hyperaktivität, Unaufmerksamkeit und Impulsivität wurden bei leicht und mittelschwer intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen vor allem mit Stimulanzien gute Ergebnisse erzielt. Zu den zugelassenen Medikamenten aus dieser Gruppe gehören neben Methylphenidat, dem am häufigsten verschriebenen Psychopharmakon bei Kindern mit Intelligenzminderung, auch Amphetamine (Mittel der 2. Wahl). Bei der medikamentösen Behandlung von Epilepsien (Antiepileptika), schizophreniformen Störungen (Antipsychotika), Depressionen (Antidepressiva), Zwängen und Angststörungen (selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer / SSRIs) und affektiven Störungen (Antipsychotika, SSRIs, Stimmungsstabilisatoren) gelten die

entsprechenden Medikationsrichtlinien für nichtintelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche (Häßler 2015).

1.4 Bisherige Forschung zum Thema

Das Thema Intelligenzminderung ist zwar gelegentlich Teil klinischer Forschung, diese wird aber meist recht einseitig betrieben. So finden sich zwischen 2008 und 2013 insgesamt 94 Übersichtsarbeiten zur Gesundheit bzw. gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung (in englischer Sprache). Diese beziehen sich jedoch v. a. auf den gesundheitlichen Zustand allgemein, Zugang zu Gesundheitsdiensten und psychische und Verhaltensstörungen. Viele Bereiche zum Thema Krankheit / Sterblichkeit bei Menschen mit Intelligenzminderung werden inhaltlich nicht abgedeckt (Robertson et al. 2015).

Die klinische Forschungslage zu psychischen Störungen ist selbst bei nichtintelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen defizitär. Zu den Gründen gehört, dass Studien anspruchsvoll, langwierig und teuer sind, das Einwerben von Forschungsgeldern zudem schwierig (Hebebrand & Buscher 2013). Bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung ist dieses Defizit noch deutlich ausgeprägter. So wurden laut Forschungsbericht der DGKJP von 2009 im Zeitraum 2003-2008 nur fünf Originalarbeiten zum Thema Intelligenzminderung in der deutschsprachigen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie veröffentlicht, davon lediglich eine einzige zur Versorgungsforschung (Hebebrand & Häßler 2009). Aktualisierte Zahlen sind nach Aussage der DGKJP in Vorbereitung, aber noch nicht verfügbar (Stand September 2017).

Insbesondere fehlt es an randomisiert kontrollierten Studien, die als Basis für die Weiterentwicklung der evidenzbasierten Medizin gelten. Lange bestanden Zweifel an der Validität solcher Studien aufgrund eingeschränkter / fehlender Einwilligungsfähigkeit bei Menschen mit Intelligenzminderung; ihre Durchführung wird aber mittlerweile zunehmend als notwendig gesehen (Robotham et al. 2011).

Zu den wenigen vorliegenden Studien zur gesundheitlichen Versorgungslage intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher gehört die 2004 von Prof. Dr. Klaus Henricke unter dem Titel „Stationäre und ambulante Versorgung von Menschen mit

Intelligenzminderung und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie in Deutschland – Erste Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung“ durchgeführte, umfangreiche Erhebung der Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Störungen an den deutschen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Auf die Ergebnisse dieser Untersuchung wird, vergleichend mit den Resultaten der vorliegenden Erhebung, später vertiefend eingegangen.

2 Ziele der Arbeit

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, in welchem Umfang und mit welchen Methoden intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche mit gleichzeitigen psychischen Störungen in Deutschland im ambulanten bzw. teil- und vollstationären Bereich psychiatrisch-psychotherapeutisch betreut werden. Dabei soll einerseits ein Überblick über die quantitative Versorgungssituation dieser besonderen Patientengruppe gegeben werden (Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung am gesamten Patientenaufkommen, Verfügbarkeit spezialisierter Angebote für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche usw.). Andererseits sollen auch qualitative Aspekte der Versorgung betrachtet und Aussagen zur Bewertung der Versorgungslage durch die Leiter der Kliniken selbst getroffen werden.

3 Fragestellung / Hypothesen

Folgende Fragen sollen im Rahmen der vorliegenden Arbeit beantwortet und folgende Hypothesen geprüft werden:

3.1 Fragestellung

Welchen Anteil haben Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung am ambulanten bzw. teil- und vollstationären Patientenaufkommen der deutschen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie und wie unterteilt sich diese Gruppe prozentual in leicht bzw. schwer intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche?

An welchen psychischen Störungen leiden diese teil- / vollstationär bzw. ambulant betreuten intelligenzgeminderten Kinder und Jugendlichen?

Welche Psychopharmaka werden in der Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung eingesetzt und in welchem Verhältnis steht ihr Einsatz zu nichtmedikamentösen Behandlungsformen?

Welche nichtmedikamentösen Spezialangebote werden für diese besondere Patientengruppe bereitgestellt?

Wie wird die Versorgungssituation intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher mit psychischen Störungen von den Leitern der an der Untersuchung beteiligten Kliniken bewertet?

3.2 Hypothesen

1. Umfang und Qualität der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung an den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie in Deutschland sind derzeit unbefriedigend.

2. Diagnostiziert und behandelt werden vorrangig leicht intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche.
3. Psychisch kranke intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche leiden an Störungsbildern aus allen Diagnoseklassen.
4. Leicht intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche werden eher psychotherapeutisch, schwer intelligenzgeminderte eher pharmakologisch versorgt.
5. Das Angebot an psychotherapeutischen Verfahren ist qualitativ schmal, konzentriert sich auf Verhaltenstherapie.

4 Methodik

Die Erhebung der Daten erfolgte auf Basis eines Fragebogens. Er entstand in Abstimmung mit der Kommission „Intelligenzminderung und Inklusion“ der drei Fachgesellschaften DGKJP, BKJPP und BAG. Bei seiner Bearbeitung wurde, auch um einen direkten Vergleich zu ermöglichen, der Fragebogen, den Prof. Hennicke 2004 im Rahmen seiner Studie „Stationäre und ambulante Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie in Deutschland“ genutzt hatte, mit herangezogen. Das Formular wurde den Mitgliedern der Kommission per E-Mail mit der Bitte um Prüfung und inhaltliche Anregungen zugesandt. Nachdem im Ergebnis einige Änderungen vorgenommen waren, erfolgte die Verteilung des konsentierten Fragebogens in zwei Runden. Zunächst wurde er über das Sekretariat der DGKJP an die Leiter der 138 Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie bundesweit versandt.¹ Aufgrund des sehr geringen Rücklaufs (22) in Runde eins erfolgte eine zweite Verteilungsrunde auf der Tagung der BAG in Berlin im Mai 2014 an alle rund 100 Teilnehmer dieser Veranstaltung. Auch hier war der Rücklauf gering, sodass von den verteilten Fragebögen nur 46 für die Untersuchung herangezogen werden konnten.

Die Beantwortung des Fragebogens konnte sowohl anonym als auch unter Angabe des Absenders erfolgen. Das gewonnene Datenmaterial wurde nach Prüfung auf inhaltliche Plausibilität und Aussonderung nicht plausibler Antworten mithilfe des Programms Microsoft Excel erfasst und via SPSS in deskriptiven Statistiken ausgegeben. Es folgte eine grafische und tabellarische Aufbereitung.

Der in nachfolgenden Tabellen verwendete Begriff „Prozent“ bezieht sich auf die Stichprobe $n=46$ und damit auf alle untersuchten Kliniken. Unter „gültige Prozent“ werden die Ergebnisse all jener Kliniken beschrieben, die auf die entsprechende Frage auch tatsächlich antworteten (gesamt minus fehlend).

Zur Aussagekraft der Daten ist anzumerken, dass Häufigkeiten und Mittelwerte auf Basis der Stichprobe mithilfe der Konfidenzwahrscheinlichkeit von 95 % geschätzt und nach erfolgter Korrektur für endliche Grundgesamtheiten Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit gezogen wurden. Das bedeutet, dass beispielsweise bei einer

¹ Dementsprechend gilt für die Grundgesamtheit nachfolgender Untersuchungen $GG=138$.

beobachteten Häufigkeit (Stichprobe) von 50 % der tatsächliche Wert (Grundgesamtheit) mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % zwischen 37 und 63 % liegt. Die anschauliche und daher häufig verwendete Aussage: „Der Erwartungswert liegt mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % innerhalb des Konfidenzintervalls“ ist nicht ganz korrekt, denn „[d]er Erwartungswert ist zwar unbekannt – er ist jedoch eine feste Größe und nicht vom Zufall abhängig. Dagegen ist das Konfidenzintervall abhängig von der Stichprobe und deshalb vom Zufall mitbestimmt“ (Weiß 2008). Korrekt wäre: Das Konfidenzintervall gibt den Bereich an, in dem – mit der Konfidenzwahrscheinlichkeit – bei der Ziehung einer weiteren Stichprobe (vom gleichen Umfang und aus der gleichen Grundgesamtheit) der neu ermittelte Wert liegt. Bei der Schätzung von Mittelwerten resultieren aus unterschiedlichen Standardabweichungen unterschiedliche Spannweiten der Konfidenzintervalle. Die Korrelation zweier Variablen wurde bei der Analyse von Häufigkeiten mithilfe des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson bzw. Mittelwerten mithilfe des t-Tests für eine Stichprobe berechnet und teilt sich, in Abhängigkeit von der Irrtumswahrscheinlichkeit α (p-Wert), in vier Signifikanzniveaus². Signifikant unterscheiden sich Häufigkeiten nur, wenn sich ihre Konfidenzintervalle nicht überschneiden. Bei der Auswertung der Antworten auf die Fragen 3-6, 10 und 11, 13-15 und 17-31 wurde eine Kategorisierung in unterschiedliche Ergebnishäufigkeiten vorgenommen, um eine bessere Übersichtlichkeit zu erreichen und eine tabellarische Darstellung der Ergebnisse zu ermöglichen. Allerdings kam es im Rahmen dieser Kategorisierung auch zum Verlust einiger exakter Zahlenwerte zugunsten der Anschaulichkeit. Bei allen Fragen, bei denen die Beantwortung mithilfe der Angabe eines Exakt-Wertes und / oder eines Geschätzt-Wertes erfolgen konnte, wurde ein zusätzlicher, aus diesen Angaben kombinierter Wert in die Auswertung einbezogen. Dabei wurde als Grundlage, wenn verfügbar, der exakte Zahlenwert gewählt und nur in den Fällen durch den geschätzten Wert ersetzt, in denen kein exakter Zahlenwert genannt wurde. Diese Zusammenfassung diente einerseits ebenfalls der Übersichtlichkeit, führte andererseits aber auch dazu, dass durch weniger „fehlend“-Angaben präzisere Aussagen getroffen werden konnten.

² (schwach signifikant ($\alpha \leq 10 \%$), signifikant ($\alpha \leq 5 \%$), hoch signifikant ($\alpha \leq 1 \%$), höchst signifikant ($\alpha \leq 0,1 \%$))

5 Ergebnisse

5.1 Demographie der befragten Kliniken

Abbildung 1 bis 3 zeigen die Grunddaten der befragten Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Von allen verteilten Fragebögen konnten 46 für die Untersuchung herangezogen werden.

Die meisten der befragten Kliniken (37 %) gehörten als Abteilung zu einem Allgemeinkrankenhaus oder einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Mit einem Anteil von 30 % etwas seltener vertreten waren eigenständige Kliniken. Jede fünfte befragte Einrichtung (20 %) war eine Universitätsklinik. Nur 7 % der Teilnehmer gehörten als Abteilung zu einem psychiatrischen Krankenhaus.

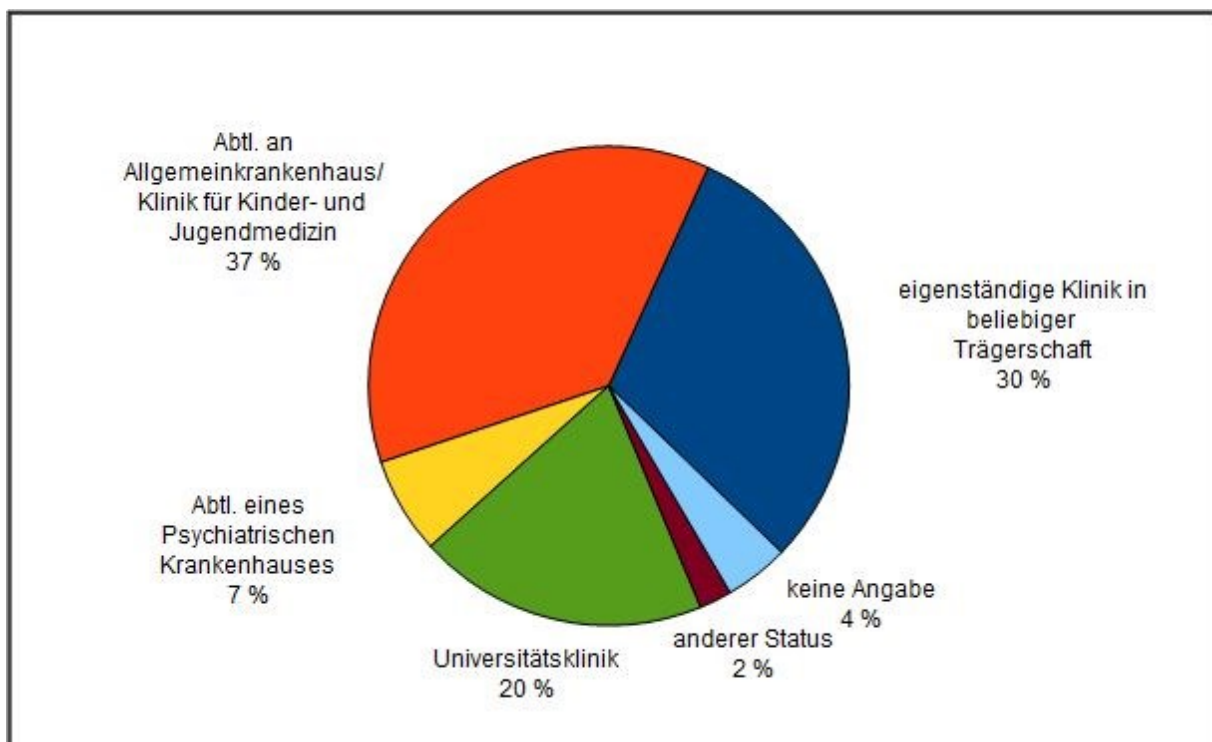


Abbildung 1: Klinikstatus

Der Großteil der an der Untersuchung beteiligten Kliniken gehörte zu den mittelgroßen Kliniken. Jeweils 35 % boten 26 bis 50 bzw. 51 bis 100 Planbetten. Sehr

kleine Kliniken (bis 25 Plätze) machten nur 11 %, große Kliniken (mehr als 100 Betten) 17 % der Teilnehmer aus.

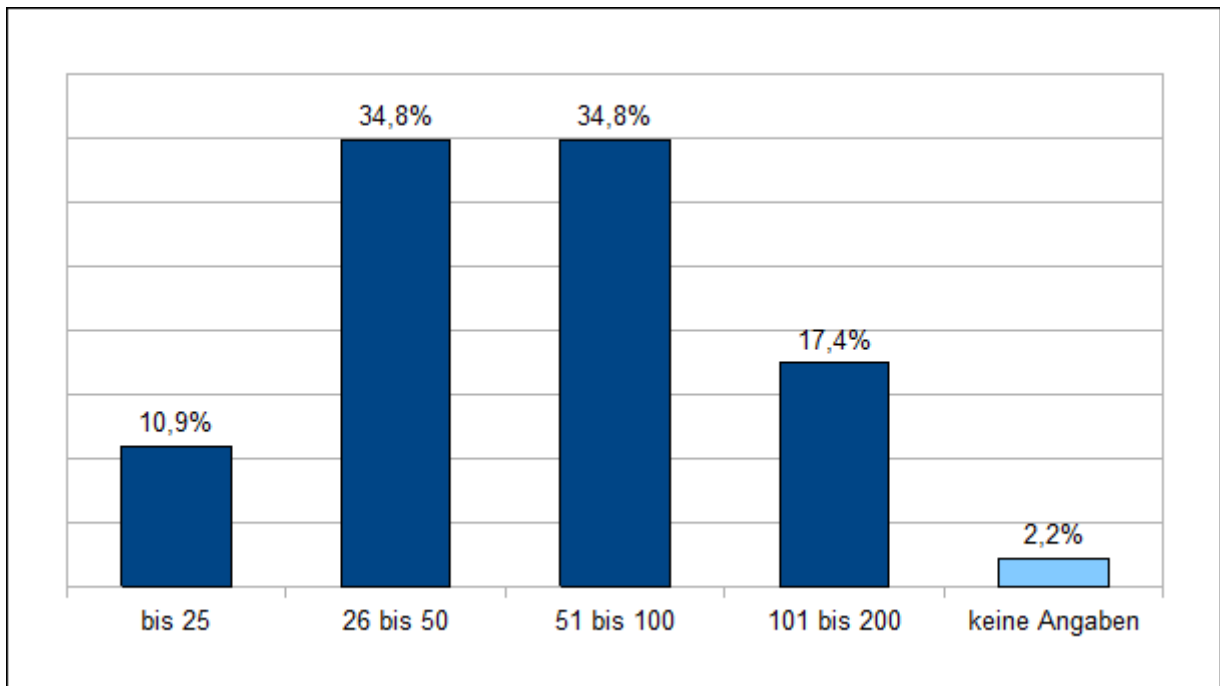


Abbildung 2: Platzanzahl (Planbetten; einschl. Tagesklinik)

Auch die Größe des Versorgungsbereichs der meisten Kliniken gehörte zum mittelgroßen Segment. 35 % versorgten zwischen 100.000 und 500.000 Menschen. Weitere 28 % waren zuständig für 500.001 bis 1.000.000 Einwohner. Für einen kleinen Versorgungsbereich (bis 100.000 Menschen) zuständig waren nur 4 % der befragten Kliniken, für einen sehr großen (über 1.000.000 Bewohner) 15 %.

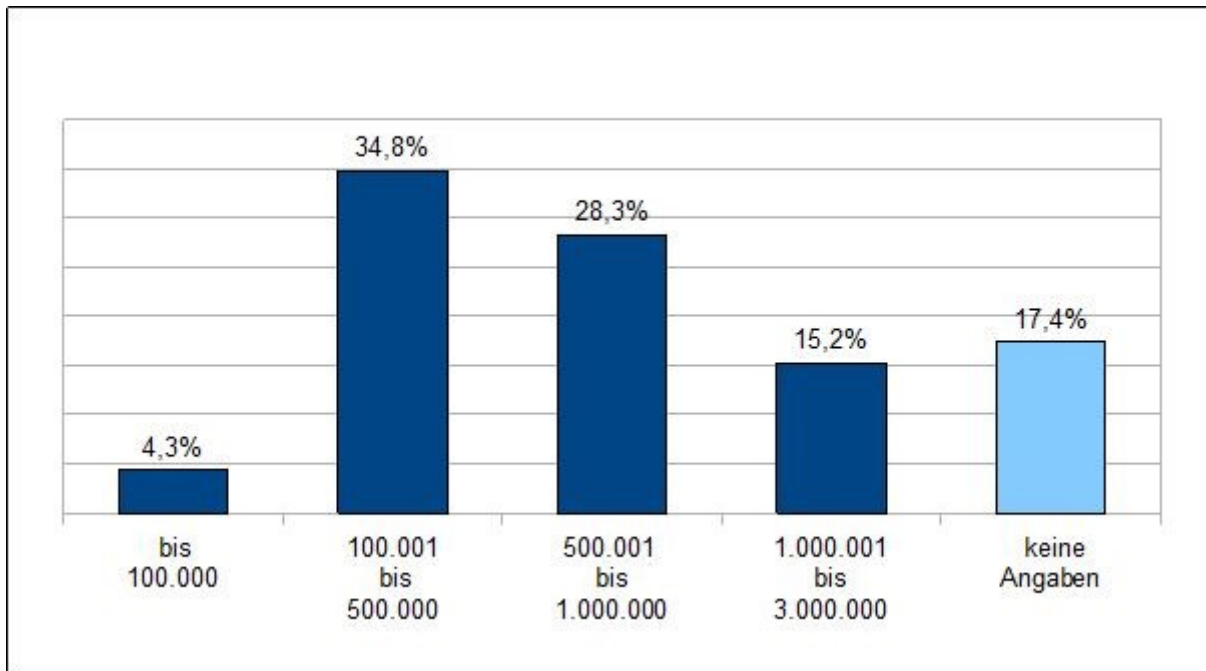


Abbildung 3: Einwohnerzahl im Versorgungsbereich

5.2 Spezialangebote für intelligenzgeminderte Patienten

Tabelle 2 zeigt, wie viele der befragten Kliniken über eine spezielle Station bzw. Ambulanz für Diagnostik und Therapie intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher verfügten bzw. den Aufbau einer solchen planten.

Während nur vier Häuser (9 %) angaben, ein spezielles stationäres Angebot für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung vorzuhalten, stellten immerhin fast doppelt so viele (7 Kliniken, 16 %) ein entsprechendes ambulantes Angebot bereit. Dabei verfügten, mit einer Ausnahme, alle Hospitäler mit speziellem stationären Angebot auch über ein entsprechendes ambulantes. D. h., von 46 befragten Kliniken für Kinder und Jugendpsychiatrie verfügten nur drei (7 %) über ein stationäres und ambulantes, acht Kliniken (17%) über ein stationäres oder ambulantes Spezialangebot für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung. In Zukunft geplant waren derartige stationäre bzw. ambulante Spezialangebote bei fünf bzw. zwei der befragten Kliniken (12 bzw. 5 %).

Tabelle 2: Kliniken mit einem Spezialangebot für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche			
	n=	Häufigkeit	Prozent
spezielles stationäres Angebot	45	4	8,9
spezielles ambulantes Angebot	45	7	15,6
spezielles stationäres Angebot in Planung	42	5	11,9
spezielles ambulantes Angebot in Planung	41	2	4,9

5.3 Behandlungshäufigkeiten nichtintelligenzgeminderter und intelligenzgeminderter Patienten

In den **Tabellen 3 bis 5** wird mithilfe einer Kategorisierung in unterschiedliche Ergebnishäufigkeiten dargestellt, wie viele stationäre (Tabelle 3) und tagesklinische (Tabelle 4) Aufnahmen an den teilnehmenden Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie im Jahr 2013 erfolgten bzw. wie viele ambulante Behandlungsepisoden (Tabelle 5) durchgeführt wurden.

Betrachtet man die stationären Aufnahmen, so zeigt sich, dass fast zwei Drittel der Kliniken (zusammen 61 %) im Untersuchungszeitraum zwischen 200 und 800 stationäre Aufnahmen tätigten, während sich der Anteil der Kliniken mit sehr wenigen Aufnahmen (unter 200) bzw. sehr vielen Aufnahmen (mehr als 801) auf nur 13 % bzw. 11 % belief.

Tabelle 3: Anzahl stationärer Aufnahmen			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 200	6	13,0	15,4
201 bis 400	15	32,6	38,5
401 bis 800	13	28,3	33,3
801 bis 1600	5	10,9	12,8
Gesamt	39	84,8	100,0
Fehlend	7	15,2	
Gesamt	46	100,0	

Hinsichtlich der tagesklinischen Aufnahmen ergibt sich, dass etwa zwei Drittel der Kliniken (67 %) relativ wenige (unter 200) jährliche Aufnahmen verzeichneten, während keine Klinik sehr viele tagesklinische Aufnahmen (über 801) vornahm.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 200	31	67,4	81,6
201 bis 400	6	13,0	15,8
401 bis 800	1	2,2	2,6
801 bis 1600	0	0,0	0,0
Gesamt	38	82,6	100,0
Fehlend	8	17,4	
Gesamt	46	100,0	

In Hinblick auf die ambulanten Behandlungsepisoden ist festzustellen, dass fast die Hälfte aller Kliniken (insgesamt 46 %) zwischen 1.001 und 4.000 Patienten jährlich behandelte. Sehr wenige Behandlungsepisoden (unter 500) erfolgten nur in 11 % der Fälle, sehr viele (über 8.001) nur in 2 %.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 500	5	10,9	13,5
501 bis 1000	6	13,0	16,2
1001 bis 2000	11	23,9	29,7
2001 bis 4000	10	21,7	27,0
4001 bis 8000	4	8,7	10,8
8001 bis 16000	1	2,2	2,7
Gesamt	37	80,4	100,0
Fehlend	9	19,6	
Gesamt	46	100,0	

Die **Tabellen 6 bis 10** stellen, ebenfalls mithilfe einer Kategorisierung in unterschiedliche Ergebnishäufigkeiten, dar, wie viele stationäre (Tabelle 6) und tagesklinische (Tabelle 7) Aufnahmen intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher an den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie im Jahr 2013 erfolgten bzw. wie viele Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung (Tabellen 8 bis 10) ambulant behandelt wurden.

Hier zeigt sich, dass fast die Hälfte aller Kliniken (44 %) nur sehr geringe stationäre Aufnahmezahlen für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung (bis 25) aufwiesen, während lediglich 2 % aller Kliniken sehr viele intelligenzgeminderte Patienten (über 101) stationär aufnahmen.

Tabelle 6: Anzahl stationärer Aufnahmen Intelligenzgeminderter			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 25	20	43,5	64,5
26 bis 50	6	13,0	19,4
51 bis 100	4	8,7	12,9
101 bis 200	1	2,2	3,2
Gesamt	31	67,4	100,0
Fehlend	15	32,6	
Gesamt	46	100,0	

Hinsichtlich der Aufnahmen intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher in die Tagesklinik zeigt sich, dass weit über die Hälfte der Kliniken (57 %) nur sehr wenig (unter 25) Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in die Tagesklinik verzeichneten, während es in keinem der Fälle zu sehr vielen (über 101) tagesklinischen Aufnahmen kam.

Tabelle 7: Anzahl von Aufnahmen Intelligenzgeminderter in die Tagesklinik			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 25	26	56,5	89,7
26 bis 50	2	4,3	6,9
51 bis 100	1	2,2	3,4
101 bis 200	0	0,0	0,0
Gesamt	29	63,0	100,0
Fehlend	17	37,0	
Gesamt	46	100,0	

Auch im Bereich der ambulanten Behandlungen verzeichneten sowohl im Falle der unter 6-Jährigen als auch bei den 6 – 14-Jährigen und den über 14-Jährigen über die Hälfte der Kliniken (jeweils 52 %) nur sehr wenige (unter 50) Behandlungsepisoden. Sehr viele (201 oder mehr) solcher Behandlungen erfolgten bei den unter 6-Jährigen sowie den über 14-Jährigen in keiner Einrichtung, bei den 6 – 14-Jährigen in nur 2 %.

**Tabelle 8: Anzahl von ambulanten Behandlungen
Intelligenzgeminderter (<6 Jahre)**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 50	24	52,2	100,0
51 bis 100	0	0,0	0,0
101 bis 200	0	0,0	0,0
201 bis 400	0	0,0	0,0
Gesamt	24	52,2	100,0
Fehlend	22	47,8	
Gesamt	46	100,0	

**Tabelle 9: Anzahl von ambulanten Behandlungen
Intelligenzgeminderter (6-14 Jahre)**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 50	24	52,2	77,4
51 bis 100	5	10,9	16,1
101 bis 200	1	2,2	3,2
201 bis 400	1	2,2	3,2
Gesamt	31	67,4	100,0
Fehlend	15	32,6	
Gesamt	46	100,0	

**Tabelle 10: Anzahl von ambulanten Behandlungen
Intelligenzgeminderter (>14 Jahre)**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 50	24	52,2	82,8
51 bis 100	4	8,7	13,8
101 bis 200	1	2,2	3,4
201 bis 400	0	0,0	0,0
Gesamt	29	63,0	100,0
Fehlend	17	37,0	
Gesamt	46	100,0	

Zur Berechnung des Anteils intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher am stationären, tagesklinischen und ambulanten Patientenaufkommen der Einrichtungen wurden in **Tabelle 11** die einzelnen Datensätze, nicht die kategorisierten Zusammenfassungen, herangezogen.

Tabelle 11: Anteil Intelligenzgeminderter am stationären, tagesklinischen und ambulanten Patientenaufkommen

	stationär gesamt	stationär IM		Tages- klinik gesamt	Tages- klinik IM		Ambulanz gesamt	Ambulanz IM	
Anzahl*	28	28		26	26		27	27	
Summe	13238	880		4013	316		70798	2344	
Anteil Intelligenzgeminderte		6,6%			7,9%			3,3%	
durchschnittliche Aufnahmequote**			8,4%			10,3%			9,0%

IM=intelligenzgemindert

* Anzahl der in die Berechnung einbezogenen Fälle, die sowohl Angaben für Aufnahmen insgesamt als auch für die Aufnahmen Intelligenzgeminderter aufweisen

** Berücksichtigt nicht die absolute Anzahl der aufgenommenen Patienten. Liegt höher als der Anteil der Intelligenzgeminderter an den gesamten Aufnahmen, wenn Kliniken mit hohen Gesamtaufnahmen geringere Aufnahmequoten Intelligenzgeminderter haben.

So erfolgten 2013 insgesamt 13.238 stationäre Aufnahmen in den einzubeziehenden 28 Kliniken. Davon entfielen 880 Aufnahmen und damit 7 % auf Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung. Bei den Aufnahmen in eine Tagesklinik betrug der Anteil intelligenzgeminderter minderjähriger Patienten 8 % (316 Aufnahmen intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher bei 4.013 Aufnahmen in 26 Kliniken). Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung, die ambulant behandelt wurden, betrug dagegen nur 3 %. Hier entfielen auf insgesamt 70.798 Behandlungsepisoden in 27 Kliniken 2.344 auf intelligenzgeminderte Patienten.³

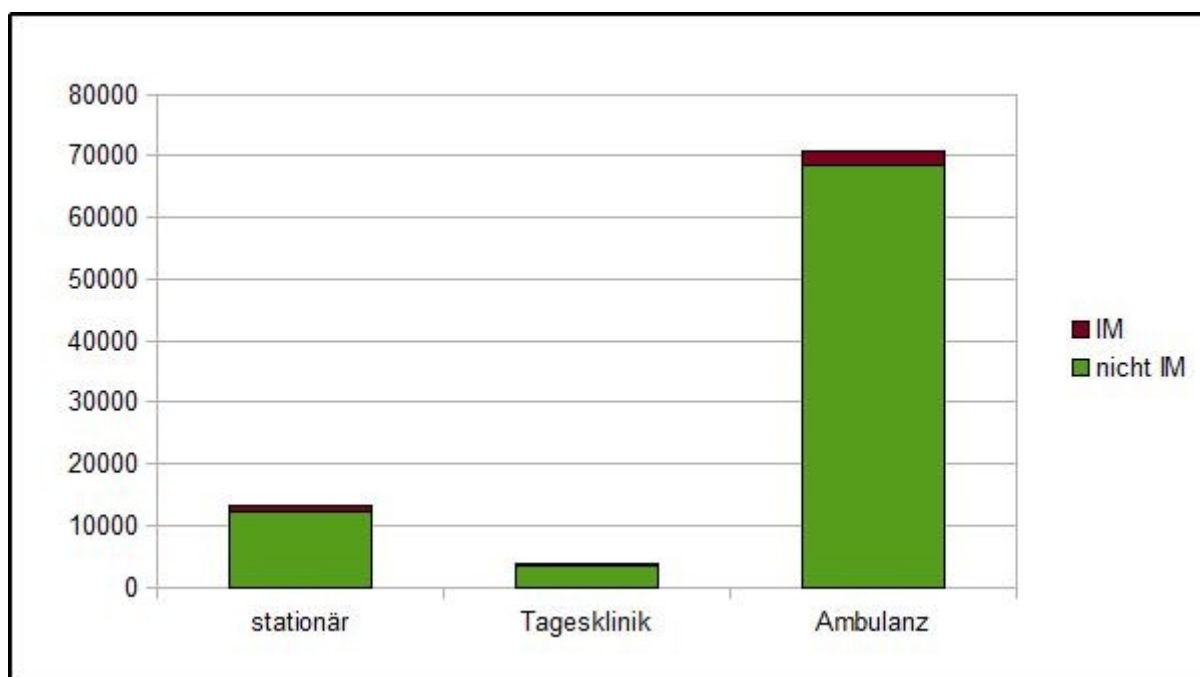


Abbildung 4: Anteil Intelligenzgeminderter am stationären, tagesklinischen und ambulanten Patientenaufkommen (absolut)

³ Es erfolgte eine Zusammenfassung der Altersgruppen <6 Jahre, 6 - 14 Jahre und >14 Jahre.

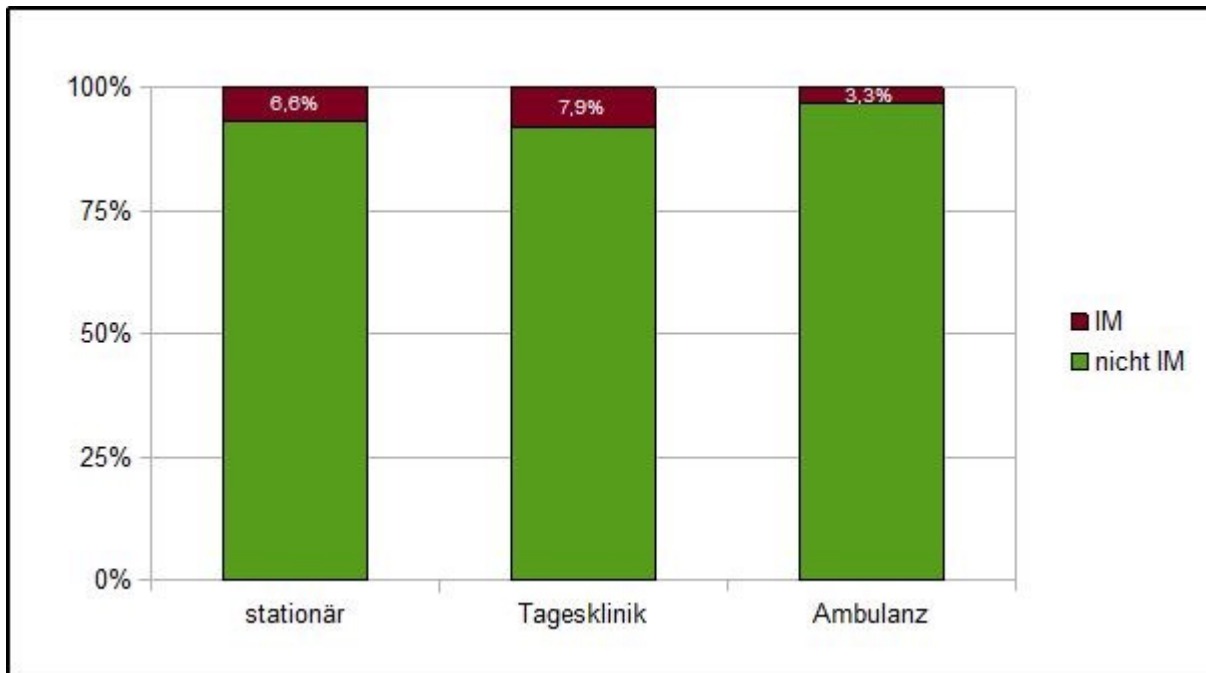


Abbildung 5: Anteil Intelligenzgeminderter am stationären, tagesklinischen und ambulanten Patientenaufkommen (relativ)

Abbildung 6 zeigt das Verhältnis leicht zu schwer intelligenzgeminderter Patienten. Zur Berechnung wurden, analog zur Berechnung des Anteils von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung am gesamten Patientenaufkommen, die einzelnen Datensätze, nicht die kategorisierten Zusammenfassungen herangezogen. In die Auswertung einbezogen wurden all die Kliniken, die sowohl Angaben für Aufnahmen insgesamt als auch für die Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung aufwiesen. Die absolute Anzahl der aufgenommenen Patienten wurde dabei berücksichtigt.

Im stationären Bereich ergab sich ein Verhältnis von leicht zu schwer intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen von 79 % zu 21 %. Bei den Aufnahmen in die Tagesklinik entsprach das Verhältnis 85 % zu 15 % und im ambulanten Bereich ebenfalls 79 % zu 21 %.

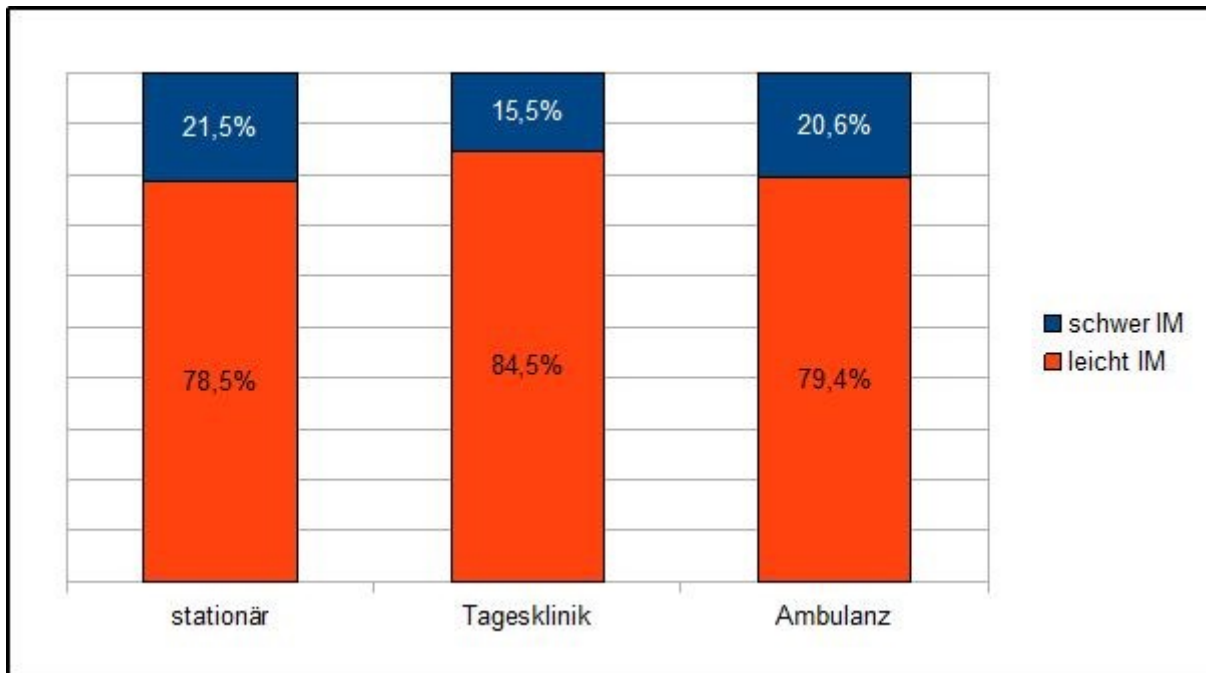


Abbildung 6: Verhältnis leicht zu schwer Intelligenzgeminderte

5.4 Diagnosen intelligenzgeminderter Patienten

In den **Tabellen 12 und 13** werden die Hauptdiagnosen stationär (Tabelle 12) bzw. ambulant (Tabelle 13) behandelter intelligenzgeminderter Patienten gemäß ICD-10 dargestellt.⁴

Es zeigt sich, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung Störungsbilder aus allen Diagnoseklassen auftraten. Lässt man die Mittelwerte für G- und T-Diagnosen wegen der geringen Stichprobengrößen und der damit nicht mehr interpretierbaren Konfidenzintervalle außer Acht, so fällt auf, dass sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich Diagnosen aus der Klasse „F9 Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit / Jugend“ mit 40 % (stationär) bzw. 42 % (ambulant) der beobachteten Daten am häufigsten vergeben wurden. Darauf folgen mit durchschnittlich 26 % sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich Diagnosen aus der Klasse „F84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen“. Mit durchschnittlich zwischen 12 und 18 Prozentpunkten im stationären bzw. 13 und 21

⁴ F-Diagnosen: F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen, Kapitel V ICD-10

G-Diagnosen: G00-G99 Krankheiten des Nervensystems, Kapitel VI ICD-10

T-Diagnosen: S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen, Kapitel XIX ICD-10

im ambulanten Bereich wurden die folgenden Diagnosen etwa gleich häufig genannt: „F3 affektive Störungen“ (Rang 3 stationär, Rang 4 ambulant), „F4 neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen“, „F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen“ und „F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“. Vergleichsweise selten wurden Diagnosen aus den Klassen „F2 Schizophrenie und wahnhaftige Störungen“ (Rang 7 stationär, Rang 9 ambulant), „F1 Störungen durch psychotrope Substanzen“ (Rang 8 stationär, Rang 7 ambulant) und „F0 organische Störungen“ (sowohl stationär als auch ambulant durchschnittlich <10 %) vergeben.

	n=	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
F9 Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit/Jugend	23	2,00	100,00	39,5217	27,77158
G-Diagnosen	6	4,00	85,00	32,3333	33,44647
F84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen	25	0,00	90,00	25,8400	26,11621
F3 affektive Störungen	19	0,00	70,00	18,1316	19,95122
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	17	0,00	70,00	14,4235	19,93880
F4 neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen	16	0,00	40,00	14,0625	11,78965
T-Diagnosen	2	0,00	25,00	12,5000	17,67767
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	13	0,00	60,00	12,4615	19,52185
F2 Schizophrenie und wahnhaftige Störungen	24	0,00	100,00	11,3063	20,71816
F1 Störungen durch psychotrope Substanzen	14	0,00	30,00	6,3714	8,82614
F0 organische Störungen	13	0,00	30,00	6,3077	9,87745

Tabelle 13: Hauptdiagnosen intelligenzgeminderter Patienten ambulant					
	n=	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
F9 Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit/Jugend	16	5,00	90,00	42,2500	27,29469
G-Diagnosen	4	10,00	70,00	37,5000	25,00000
F84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen	20	2,00	80,00	25,9295	21,53757
F4 neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen	11	0,00	50,10	24,9182	15,81119
F3 affektive Störungen	12	1,00	58,80	21,4833	18,26581
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	10	0,00	70,00	20,7520	23,42595
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	11	0,00	45,00	13,3791	16,05836
T-Diagnosen	2	0,00	25,00	12,5000	17,67767
F1 Störungen durch psychotrope Substanzen	10	0,00	40,00	10,3000	14,88512
F0 organische Störungen	8	0,00	30,00	8,3750	12,05864
F2 Schizophrenie und wahnhaftige Störungen	14	0,00	25,00	6,4071	8,02961

In **Tabelle 14** wird dargestellt, welche F-Diagnosen (zusätzlich zur Diagnose F7 „Intelligenzstörung“) häufig an psychisch kranke leicht bzw. schwer intelligenzgeminderte Patienten an den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie vergeben wurden. Bei der Beantwortung dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich. Die hier angegebenen relativen Häufigkeiten beziehen sich auf den Anteil der Kliniken, die auf diese Frage auch tatsächlich antworteten, um die Angaben zu Diagnoseschwerpunkten bei leicht und schwer intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen, die unterschiedlich häufig erfolgten, miteinander vergleichen zu können. Ebenfalls zum Zwecke der Vergleichbarkeit und Übersichtlichkeit wurden die verschiedenen von den Leitern der Kliniken genannten Diagnosen je einer Hauptdiagnoseklasse innerhalb der F-Diagnosen (F0-F9) zugeordnet.

Tabelle 14: Häufig gestellte F-Diagnosen

	leicht Intelligenzgeminderte			schwer Intelligenzgeminderte		
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
F0 organische Störungen	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
F1 Störungen durch psychotrope Substanzen	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
F2 Schizophrenie und wahnhafte Störungen	1	2,2	4,8	2	4,3	18,2
F3 affektive Störungen	3	6,5	14,3	0	0,0	0,0
F4 neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen	4	8,7	19,0	0	0,0	0,0
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
F7 Intelligenzstörung	1	2,2	4,8	1	2,2	9,1
F84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen	11	23,9	52,4	7	15,2	63,6
F9 Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit/Jugend	16	34,8	76,2	8	17,4	72,7
Gesamt	21			11		
Fehlend	25			35		
Gesamt	46			46		

Am häufigsten genannt wurden sowohl bei leichter als auch schwerer Intelligenzminderung Diagnosen aus der Klasse F9 „Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit / Jugend“. Mit 16 bzw. acht Nennungen wurden diese zwar bei leichter Intelligenzminderung doppelt so häufig angeführt wie bei schwerer. Hinsichtlich des Anteils der Kliniken, die auf diese Frage auch tatsächlich antworteten, ergibt sich aber annähernd ein Gleichstand (76 bzw. 73 %). Dies erklärt sich dadurch, dass bei leichter Intelligenzminderung insgesamt mehr Befragte Angaben zu Diagnoseschwerpunkten machten als bei schwerer.

Diagnosen aus der Klasse F84 „tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ wurden mit 11 Nennungen (52 %) bei leichter Intelligenzminderung und sieben Nennungen (64 %) bei schwerer Intelligenzminderung etwas seltener vergeben als Diagnosen aus der Klasse F9.

Noch seltener wurden bei leicht intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen Diagnosen aus den Klassen F3 „affektive Störungen“ (3 Nennungen, entspricht 14 %) und F4 „neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen“ (4 Nennungen, entspricht 19 %) gestellt. Bei schwer intelligenzgeminderten Patienten erfolgte gar keine Diagnosevergabe aus diesen Klassen.

Auch F2 „Schizophrenie und wahnhafte Störungen“ stellte mit einer einzigen Nennung bei leichter bzw. zwei Nennungen bei schwerer Intelligenzminderung

keinen Diagnoseschwerpunkt dar.

Des Weiteren wurden die Diagnoseklassen F0 „organische Störungen“ und F1 „Störungen durch psychotrope Substanzen“ sowie F5 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen“ und F6 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ weder bei leichter noch schwerer Intelligenzminderung angeführt.

Die einmalige Nennung der Diagnose F7 „Intelligenzstörung“ ist zu vernachlässigen, da offensichtlich „nicht plausibel“.

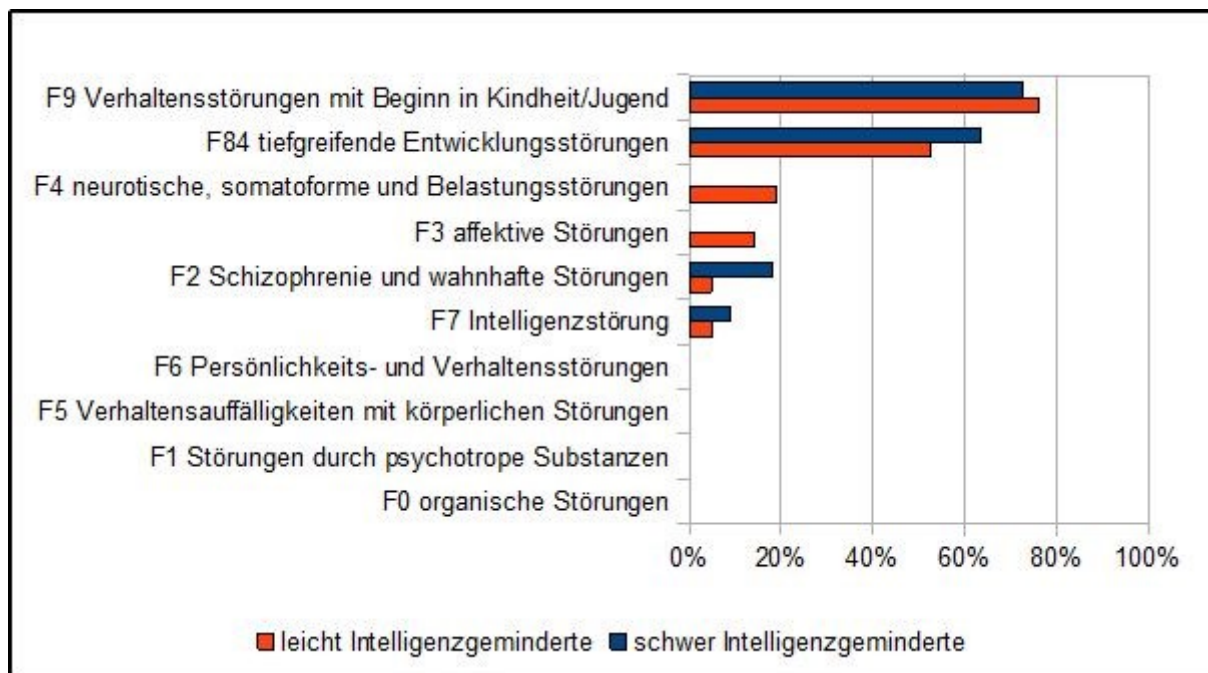


Abbildung 7: Häufig gestellte F-Diagnosen

Es war anzunehmen, dass signifikante Unterschiede hinsichtlich der Diagnoseschwerpunkte bei leicht und schwer intelligenzgeminderten Patienten bestanden. Der Test auf Zusammenhänge mithilfe des Chi-Quadrats konnte diese Vermutung jedoch nicht bestätigen (s. **Tabelle 15**).

Tabelle 15: Häufig gestellte F-Diagnosen (Chi-Quadrat-Test)							
	leicht Intelligenzgeminderte			schwer Intelligenzgeminderte			CHI-Test
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen-te	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen-te	Irrtumswahr-scheinlich-keit α
F0 – F7	9	19,6	42,9	3	6,5	27,3	
F8 tiefgreifende Entwicklungsstörungen	11	23,9	52,4	7	15,2	63,6	
F9 Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit / Jugend	16	34,8	76,2	8	17,4	72,7	
Gesamt	21			11			
Fehlend	25			35			
Gesamt	46			46			0,7316

Tabelle 16 stellt eine Zusammenfassung der wichtigsten Symptome und Syndrome bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen als Indikation für eine Psychopharmakotherapie dar. Bei der Beantwortung dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich. Neben den hier aufgelisteten fünf Hauptindikationen wurden im Rahmen der Fragebogenbearbeitung 37 (Akutbehandlung) bzw. 40 (Dauerbehandlung) weitere Störungsbilder genannt.

Mit 61 bzw. 52 % der Nennungen stellte (Auto-)Aggressivität sowohl in der Akut- als auch in der Dauerbehandlung die häufigste Indikation für eine Therapie mit Psychopharmaka dar. Darauf folgten mit 50 bzw. 39 % Konzentrationsstörungen und Hyperaktivität. Den dritten Platz belegten mit 35 bzw. 20 % der Nennungen Depressionen und andere affektive Störungen. Als vierthäufigste Behandlungsindikation wurden Psychosen mit 20 bzw. 17 % genannt. Weitere 17 % entfielen sowohl in der Akut- als auch in der Dauerbehandlung auf Impulskontrollstörungen.

Es war anzunehmen, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen Indikationen in der Akut- bzw. Dauerbehandlung bestanden, die eine Therapie mit psychotropen Medikamenten begründeten. Der Test auf Zusammenhänge mithilfe des Chi-Quadrats bestätigte diese Vermutung.

Tabelle 16: Indikationen für Psychopharmaka bei Intelligenzminderung

	Akutbehandlung			Dauerbehandlung		
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
(Auto)aggressivität	28	60,9	73,7	24	52,2	72,7
Konzentrationsstörungen/Hyperaktivität	23	50	60,5	18	39,1	54,5
affektive Störungen	16	34,8	42,2	9	19,6	27,3
Psychosen	9	19,6	23,7	8	17,4	24,2
Impulskontrollstörungen	8	17,4	21,1	8	17,4	24,2
andere	37	80,4	97,4	40	87	121,2
CHI-Test Irrtumswahrscheinlichkeit α						0,8206
Mehrfachnennungen möglich						

5.5 Medikamentöse und nichtmedikamentöse Behandlungsformen

In **Tabelle 17** wird dargestellt, mit welchen Medikamentengruppen bei der Akutbehandlung intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher an den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Vergangenheit besonders positive Erfahrungen gesammelt wurden. Bei der Beantwortung der Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

Tabelle 17: Positive Psychopharmakaerfahrungen bei Intelligenzgeminderten in der Akutbehandlung

	Grad der Einschränkung			Gesamt
	lernbehindert	leicht intelligenzgemindert	schwer intelligenzgemindert	
klassische Neuroleptika (eher hochpotent)	7 15,2%	9 19,6%	10 21,7%	46
klassische Neuroleptika (eher niedrigpotent)	24 52,2%	28 60,9%	21 45,7%	46
atypische Neuroleptika (eher hochpotent)	33 71,7%	36 78,3%	29 63,0%	46
atypische Neuroleptika (eher niedrigpotent)	24 52,2%	26 56,5%	21 45,7%	46
Benzodiazepine/Anxiolytika	12 26,1%	12 26,1%	10 21,7%	46
trizyklische Antidepressiva	3 6,5%	2 4,3%	1 2,2%	46
SSRI	20 43,5%	17 37,0%	12 26,1%	46
Stimulantien	32 69,6%	24 52,2%	15 32,6%	46
ATX	6 13,0%	3 6,5%	2 4,3%	46
Phasenprophylaktika (Li, Cbz, Val)	12 26,1%	13 28,3%	13 28,3%	46
Antidementiva/Nootropika	3 6,5%	1 2,2%	1 2,2%	46
Antitestosteron	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	46
pflanzliche Psychopharmaka	5 10,9%	2 4,3%	2 4,3%	46
Mehrfachnennungen möglich				

Bei genauer Betrachtung der einzelnen Medikamentengruppen fällt auf, dass in der Akutbehandlung der Anteil an positiven Erfahrungen bei einem Großteil der aufgeführten Medikamentengruppen mit steigendem Behinderungsgrad der Patienten sank. Signifikante Unterschiede der Positivbeurteilung abhängig vom Einschränkungsgang der Patienten bestanden bei Stimulantien ($p=0,0471$). Wurden bei der Behandlung Lernbehinderter von 70 % der Befragten positive Erfahrungen mit Stimulantien angegeben, waren es bei leicht intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen nur noch etwa die Hälfte (52 %), bei schwer intelligenzgeminderten sogar nur noch ein Drittel (33 %). Auch der p-Wert für „übrige“ befindet sich im signifikanten Bereich ($p=0,0361$), wobei „übrige“ entstand, indem alle Medikamentengruppen, die einen Erwartungswert < 5 enthalten, zusammengefasst wurden, um einen Chi-Quadrat-Test durchführen zu können. Dazu zählten u. a. trizyklische Antidepressiva, ATX (Atomoxetin), Antidementiva / Nootropika und pflanzliche Psychopharmaka. Folglich sank in der Akutbehandlung der Anteil an Positivverfahren mit diesen Medikamentengruppen mit steigendem Einschränkungsgang der Patienten signifikant. Auch bei Benzodiazepinen /

Anxiolytika und SSRIs sank der Wert für Positiverfahrungen; die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant.

Bei hochpotenten klassischen Neuroleptika und Phasenprophylaktika stieg dagegen der Anteil positiver Erfahrungen mit steigendem Behinderungsgrad, wenn auch ebenfalls nicht signifikant.

Bei den niedrigpotenten klassischen Neuroleptika und den niedrig- sowie hochpotenten atypischen Neuroleptika ließ sich keine Tendenz erkennen.

Mit Antitestosteron wurden im Rahmen der Akutbehandlung offensichtlich in keiner der drei Patientengruppen (positive) Erfahrungen gesammelt.

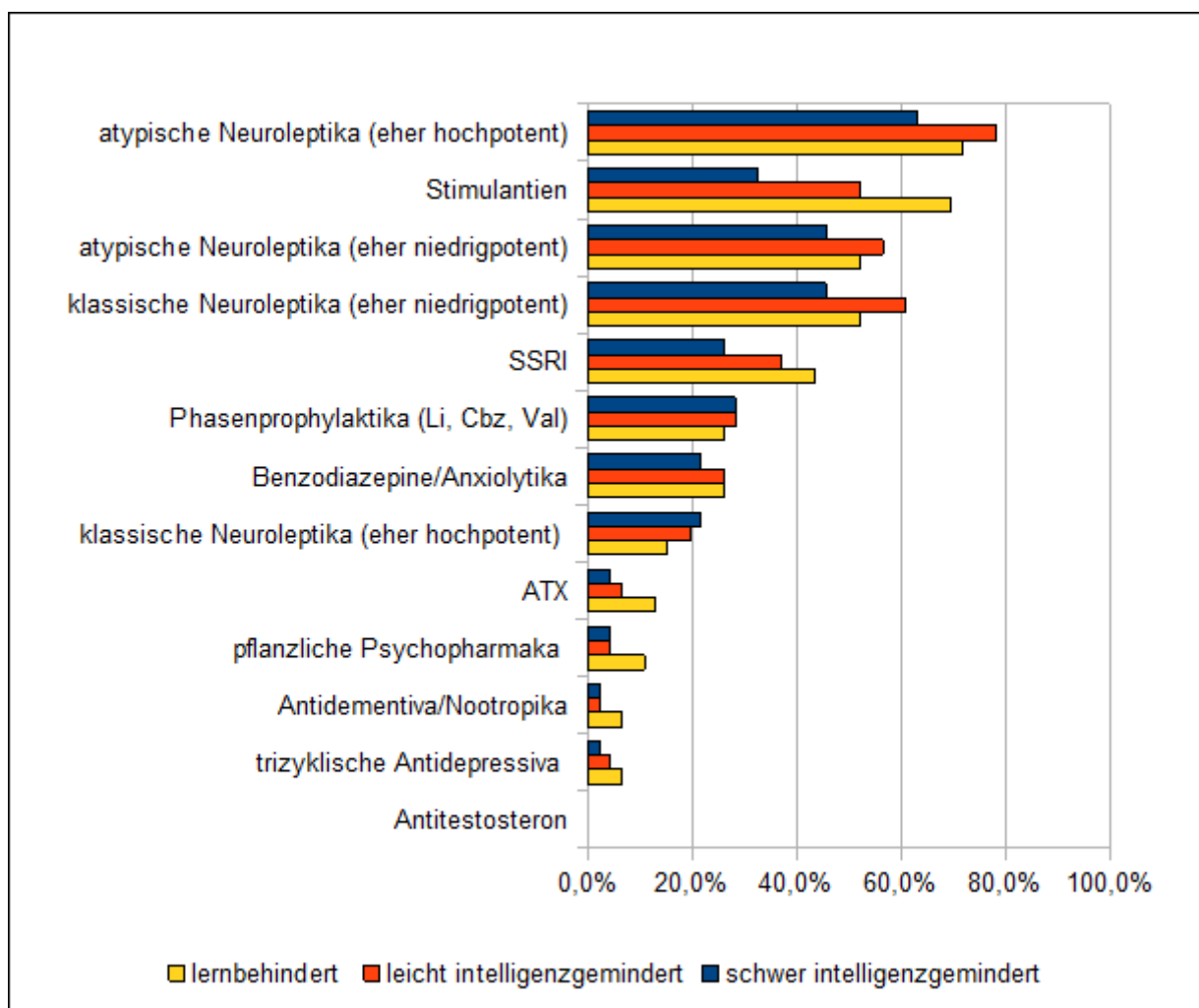


Abbildung 8: Positive Psychopharmakaerfahrungen bei Intelligenzgeminderten in der Akutbehandlung

Tabelle 18 zeigt, mit welchen Medikamentengruppen bei Dauerbehandlung intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher an den Kliniken für Kinder- und

Jugendpsychiatrie in der Vergangenheit besonders positive Erfahrungen gesammelt wurden. Auch bei der Beantwortung dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

Tabelle 18: Positive Psychopharmakaerfahrungen bei Intelligenzgeminderten in der Dauerbehandlung

	Grad der Einschränkung			Gesamt
	lernbehindert	leicht intelligenzgemindert	schwer intelligenzgemindert	
klassische Neuroleptika (eher hochpotent)	3 6,5%	2 4,3%	4 8,7%	46
klassische Neuroleptika (eher niedrigpotent)	21 45,7%	22 47,8%	14 30,4%	46
atypische Neuroleptika (eher hochpotent)	29 63,0%	33 71,7%	28 60,9%	46
atypische Neuroleptika (eher niedrigpotent)	22 47,8%	21 45,7%	14 30,4%	46
Benzodiazepine/Anxiolytika	8 17,4%	8 17,4%	5 10,9%	46
trizyklische Antidepressiva	2 4,3%	2 4,3%	1 2,2%	46
SSRI	21 45,7%	14 30,4%	5 10,9%	46
Stimulantien	31 67,4%	21 45,7%	11 23,9%	46
ATX	3 6,5%	2 4,3%	1 2,2%	46
Phasenprophylaktika (Li, Cbz, Val)	10 21,7%	10 21,7%	8 17,4%	46
Antidementiva/Nootropika	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	46
Antitestosteron	0 0,0%	1 2,2%	1 2,2%	46
pflanzliche Psychopharmaka	4 10,9%	2 4,3%	0 0,0%	46
Mehrfachnennungen möglich				

Auch im Rahmen der Dauerbehandlung sank der Anteil positiver Erfahrungen bei einem Großteil der aufgeführten Medikamentengruppen mit steigendem Behinderungsgrad der Patienten. Die Unterschiede bei der Positivbeurteilung von SSRIs und Stimulantien waren hier hoch signifikant in Abhängigkeit vom Einschränkungsgang der Patienten ($p=0,0080$ und $0,0085$). Während etwa die Hälfte aller Befragten (46 %) angab, in der Behandlung von Lernbehinderten positive Erfahrungen mit SSRIs gemacht zu haben, waren es bei leicht intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen nicht einmal ein Drittel (30 %), bei schwer intelligenzgeminderten gar nur noch 11 %. Mehr als zwei Drittel (67 %) gaben an, in der Dauerbehandlung Lernbehinderter positive Erfahrungen mit Stimulantien gesammelt zu haben. Dagegen bestätigten weniger als die Hälfte (46 %) diese

Aussage für leicht und nur 24 % für schwer intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche. Auch bei folgenden Medikamentengruppen sank der Anteil der Positivbeurteilungen mit steigendem Behinderungsgrad der Patienten: niedrigpotente atypische Neuroleptika, Benzodiazepine / Anxiolytika, trizyklische Antidepressiva, ATX, Phasenprophylaktika und pflanzliche Psychopharmaka. Die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant.

Beim Antitestosteron stieg dagegen die Zahl der positiven Erfahrungen leicht mit steigendem Grad der Einschränkung.

Bei niedrig- und hochpotenten klassischen Neuroleptika sowie hochpotenten atypischen Neuroleptika war keine Tendenz ersichtlich.

Im Rahmen der Dauerbehandlung wurden mit Antidementiva / Nootropika bisher offenbar in keiner der drei Patientengruppen (positive) Erfahrungen gesammelt.

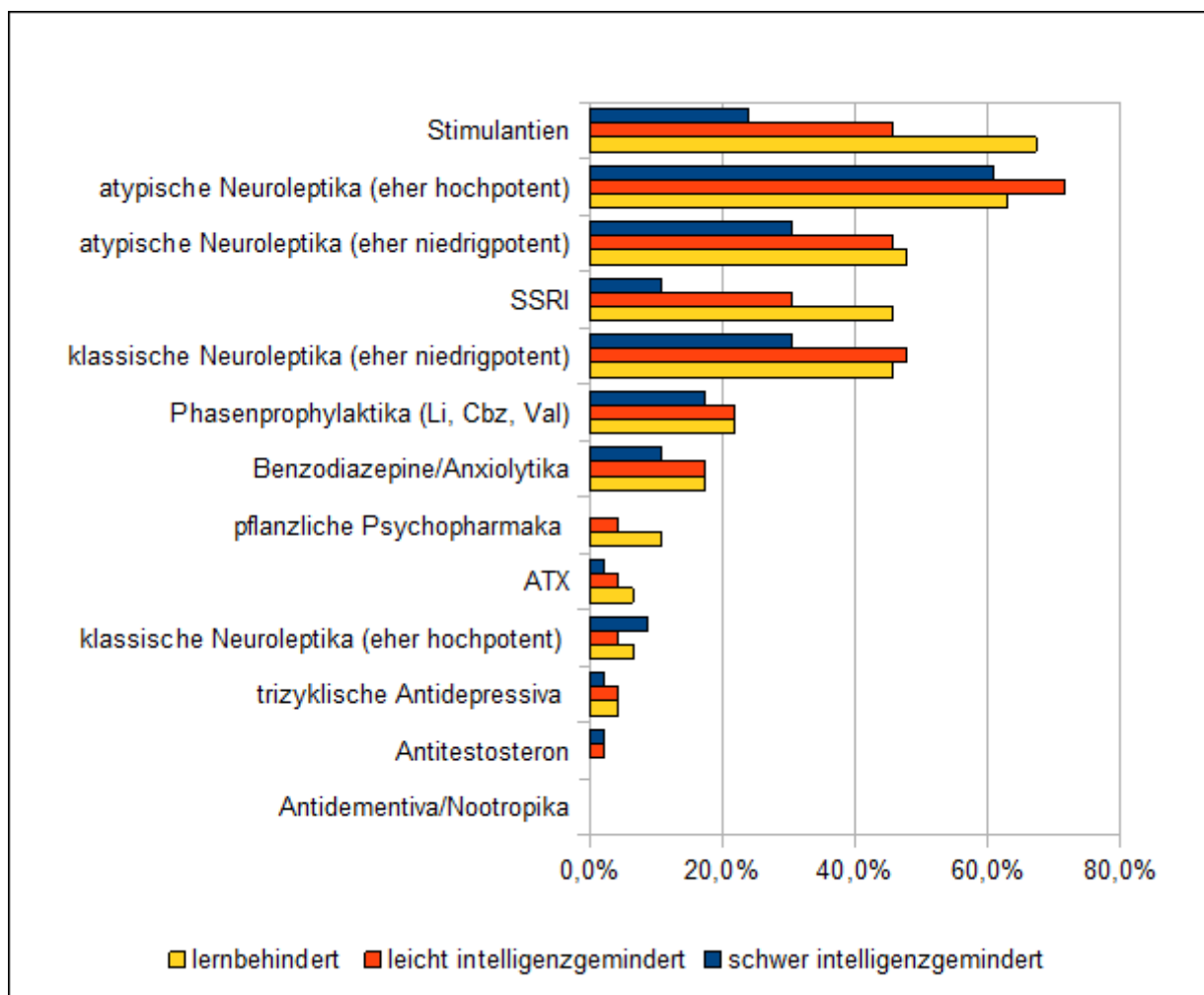


Abbildung 9: Positive Psychopharmakaerfahrungen bei Intelligenzgeminderten in der Dauerbehandlung

Es war anzunehmen, dass in Abhängigkeit vom Schweregrad der Behinderung der Patienten unterschiedliche Psychopharmaka zum Einsatz kamen und ihre Verwendung dementsprechend unterschiedlich positiv beurteilt wurde.

Der Test auf Zusammenhänge mithilfe des Chi-Quadrats konnte diese Vermutung jedoch insgesamt weder für die Akut- (s. **Tabelle 19**) noch die Dauerbehandlung (s. **Tabelle 20**) bestätigen.

Es lässt sich lediglich konstatieren, dass im Rahmen der Akutbehandlung sowohl bei Lernbehinderten ($p=0,0001$) als auch bei leicht ($p=0,0000$) und schwer intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen ($p=0,0007$) höchst signifikante Unterschiede in der Positivbewertung des Einsatzes der verschiedenen Psychopharmaka bestanden.

Tabelle 19: Positive Psychopharmakaerfahrungen bei Intelligenzgeminderten in der Akutbehandlung (Chi-Quadrat-Test)

	Grad der Einschränkung			CHI-Test Irrtumswahrscheinlichkeit α
	lernbehindert	leicht intelligenzgemindert	schwer intelligenzgemindert	
klassische Neuroleptika (eher hochpotent)	7	9	10	0,7640
klassische Neuroleptika (eher niedrigpotent)	24	28	21	0,6024
atypische Neuroleptika (eher hochpotent)	33	36	29	0,6855
atypische Neuroleptika (eher niedrigpotent)	24	26	21	0,7652
Benzodiazepine/Anxiolytika	12	12	10	0,8890
SSRI	20	17	12	0,3679
Stimulantien	32	24	15	0,0471
Phasenprophylaktika (Li, Cbz, Val)	12	13	13	0,9740
übrige*	17	8	6	0,0361
CHI-Test Irrtumswahrscheinlichkeit α	0,0001	0,0000	0,0007	0,8017

* um einen CHI-Quadrat-Test durchführen zu können, wurden alle Medikamentengruppen, die einen Erwartungswert < 5 enthalten, zusammengefasst

Ebenfalls höchst signifikant waren die Unterschiede in der Positivbewertung des Einsatzes der verschiedenen Psychopharmaka im Rahmen der Dauerbehandlung (Lernbehinderte $p=0,0004$, leicht intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche $p=0,0001$, schwer intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche $p=0,0000$).

Tabelle 20: Positive Psychopharmakaerfahrungen bei Intelligenzgeminderten in der Dauerbehandlung (Chi-Quadrat-Test)

	Grad der Einschränkung			CHI-Test Irrtumswahrscheinlichkeit α
	lernbehindert	leicht intelligenzgemindert	schwer intelligenzgemindert	
klassische Neuroleptika (eher niedrigpotent)	21	22	14	0,3679
atypische Neuroleptika (eher hochpotent)	29	33	28	0,7919
atypische Neuroleptika (eher niedrigpotent)	22	21	14	0,3679
Benzodiazepine/Anxiolytika	8	8	5	0,6514
SSRI	21	14	5	0,0080
Stimulantien	31	21	11	0,0085
Phasenprophylaktika (Li, Cbz, Val)	10	10	8	0,8669
übrige*	12	9	7	0,5073
CHI-Test Irrtumswahrscheinlichkeit α	0,0004	0,0001	0,0000	0,7225

* um einen Chi-Quadrat-Test durchführen zu können, wurden alle Medikamentengruppen, die einen Erwartungswert < 5 enthalten, zusammengefasst

In **Tabelle 21** wird die Verteilung der Therapiemodalitäten nach dem Komponentenmodell auf Nichtbehinderte, Lernbehinderte, leicht und schwer intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche dargestellt.⁵

Betrachtet man die verschiedenen Formen der Therapie, so zeigt sich, dass insbesondere beim Einsatz psychotroper Medikamente höchst signifikante Unterschiede bestanden ($p=0,0008$): die Psychopharmakaprävalenz stieg mit dem Behinderungsgrad der Patienten. Während nicht einmal ein Drittel (30 %) der nichtbehinderten und nur 37 % der lernbehinderten Patienten pharmakologisch versorgt wurden, war es bei leicht intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen schon mehr als die Hälfte (54 %). Bei schwer intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen erhielten fast zwei Drittel psychotrope Medikamente (65 %).

Der Einsatz von Psychotherapien unterschied sich hoch signifikant in Abhängigkeit vom Grad der Behinderung ($p=0,0020$). Hier zeigte sich eine Abnahme mit

⁵ Der Begriff „Komponentenmodell“ beschreibt eine störungsspezifische Kombination von Therapiemethoden, bei der die verschiedenen Therapieformen in fünf Kategorien eingeteilt und die Komponenten je nach Störung, Alter und Entwicklungsstand des Patienten unterschiedlich kombiniert werden. Daraus entsteht eine Art „Behandlungsprofil“, das individuell auf die Bedürfnisse des jeweiligen Patienten abgestimmt ist und so den größtmöglichen Behandlungserfolg sichern soll. Zu den fünf Kategorien gehören einerseits Therapien mit dem Patienten: Psychotherapien, die sich wiederum in Gesprächs- und Kinderspieltherapie sowie tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Behandlung unterteilen, und funktionelle Übungsbehandlungen, u. a. mit Ergotherapie sowie logopädischer und krankengymnastischer Behandlung. Andererseits zählen zu den Kategorien auch eltern- und familienbezogene Interventionen wie Elternberatung und -therapie sowie andere umfeldbezogene Interventionen beispielsweise an Schulen. Die letzte Kategorie bilden die psychotropen Medikamente (Neuroleptika, Stimulantien, Tranquilizer usw.) (Renschmidt & Matzejat 2003).

steigendem Einschränkungsgang der Patienten. Während 88 % der Nichtbehinderten und 85 % der Lernbehinderten Psychotherapien erhielten, wurden nur gut zwei Drittel der leicht intelligenzgeminderten Kinder und Jugendlichen (72 %) und nicht einmal die Hälfte der schwer intelligenzgeminderten jungen Patienten (46 %) psychotherapeutisch versorgt.

Das Angebot an funktionellen Übungsbehandlungen schien dagegen, ebenso wie eltern-, familien- und andere umfeldbezogene Interventionen, relativ ausgeglichen auf die unterschiedlich eingeschränkten Patientengruppen verteilt. Die Behandlungsunterschiede zwischen den Patientengruppen waren bei diesen Therapieformen nicht signifikant.

	Mittlerer Anteil der Patientengruppe, die ein therapeutisches Angebot erhalten [in %]			
	Nichtbehinderte	Lernbehinderte	Leicht Intelligenzgeminderte	Schwer Intelligenzgeminderte
Psychotherapien	87,6	85,0	72,0	46,2
funktionelle Übungsbehandlungen	62,6	68,9	70,3	69,4
eltern- und familienbezogene Interventionen	95,6	95,4	96,9	95,4
andere umfeldbezogene Interventionen	71,0	77,3	85,2	85,3
psychotrope Medikamente	29,7	37,2	53,9	65,5

Es war anzunehmen, dass bei der Behandlung intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher verschiedene Behandlungsansätze in Abhängigkeit vom Schweregrad ihrer Behinderung verfolgt wurden. Der Test auf Zusammenhänge mithilfe des Chi-Quadrats (s. **Tabelle 22**) bestätigte diese Vermutung. Tatsächlich waren besagte Unterschiede insgesamt höchst signifikant ($p=0,0007$). Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich der Einsatz der verschiedenen Therapieformen sowohl bei der Behandlung Nichtbehinderter ($p=0,0000$) als auch bei der Lernbehinderter ($p=0,0000$) und schwer intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher ($p=0,0005$) höchst signifikant unterschied. Bei der Behandlung leicht intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher fanden sich hoch signifikante Unterschiede ($p=0,0075$).

	Nichtbehinderte	Lernbehinderte	Leicht Intelligenz-geminderte	Schwer Intelligenz-geminderte		CHI-Test Irrtumswahrscheinlichkeit α
Therapeutischer Bereich	Mittlerer Anteil der Patientengruppe, die ein therapeutisches Angebot erhalten [in %]					
Psychotherapien	88	85	72	46	291	0,0020
funktionelle Übungsbehandlungen	63	69	70	69	271	0,9079
eltern- und familienbezogene Interventionen	96	95	97	95	383	0,9995
andere umfeldbezogene Interventionen	71	77	85	85	319	0,6161
psychotrope Medikamente	30	37	54	65	186	0,0008
CHI-Test Irrtumswahrscheinlichkeit α	0,0000	0,0000	0,0075	0,0005	ges.	0,0007

Das Verhältnis des Einsatzes nichtmedikamentöser Behandlungsformen zum Einsatz psychotroper Medikamente wird in **Tabelle 23** dargestellt.

Betrachtet man das Verhältnis des Einsatzes von Psychotherapien zu dem von Psychopharmaka unabhängig vom Grad der Behinderung, so belief sich dieses auf 1,6 zugunsten der Psychotherapien. Funktionelle Übungsbehandlungen wurden insgesamt 1,5 mal so häufig, eltern- und familienbezogene Interventionen sogar mehr als doppelt so häufig und andere umfeldbezogene Interventionen immerhin 1,7 mal so häufig angeboten wie psychotrope Medikamente.

	Nichtbehinderte	Lernbehinderte	Leicht Intelligenz-geminderte	Schwer Intelligenz-geminderte	
Therapeutischer Bereich	Vielfaches der Häufigkeit des therapeutischen Angebots bezogen auf psychotrope Medikamente				
Psychotherapien	2,9	2,3	1,3	0,7	1,6
funktionelle Übungsbehandlungen	2,1	1,9	1,3	1,1	1,5
eltern- und familienbezogene Interventionen	3,2	2,6	1,8	1,5	2,1
andere umfeldbezogene Interventionen	2,4	2,1	1,6	1,3	1,7
psychotrope Medikamente	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
andere Behandlungen, durchschnittlich	2,7	2,2	1,5	1,1	
psychotrope Medikamente	1,0	1,0	1,0	1,0	
andere Behandlungen, durchschnittlich (in%)	79	82	81	74	
psychotrope Medikamente (in %)	30	37	54	65	
CHI-Test Irrtumswahrscheinlichkeit α	0,0000	0,0000	0,0194	0,4666	

Betrachtet man die Häufigkeit des Einsatzes nichtmedikamentöser Behandlungsformen im Verhältnis zur Häufigkeit des Einsatzes von

Psychopharmaka, so fällt auf, dass der Einsatz anderer Formen der Therapie gegenüber Psychopharmaka mit steigendem Grad der Einschränkung der Patienten sank.

Wurden nichtmedikamentöse Behandlungsformen insgesamt bei Nichtbehinderten durchschnittlich 2,7 mal so oft angewandt wie psychotrope Medikamente (79 zu 30 %), erfolgte dies bei den Lernbehinderten nur noch durchschnittlich 2,2 mal (82 zu 37 %), bei leicht intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen 1,5 mal (81 zu 54 %) und bei schwer intelligenzgeminderten Patienten 1,1 mal (74 zu 65 %) so häufig. Besonders deutlich wird der mit steigendem Behinderungsgrad gesunkene Einsatz nichtmedikamentöser Formen der Therapie bei Betrachten des verhältnismäßigen Einsatzes von Psychotherapien gegenüber Psychopharmaka. Psychotherapien wurden bei Nichtbehinderten fast dreimal so häufig eingesetzt wie psychotrope Medikamente (Vielfaches der Häufigkeit = 2,9), bei Lernbehinderten immerhin noch 2,3 mal so häufig. Bei leicht intelligenzgeminderten Patienten belief sich das Vielfache des Einsatzes von Psychotherapien gegenüber dem von Psychopharmaka auf nur noch 1,3, bei schwer intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen waren es gar nur noch 0,7. Psychotherapien wurden also im Unterschied zu allen anderen nichtmedikamentösen Behandlungsformen bei Kindern und Jugendlichen mit schwerer Intelligenzminderung, im Gegensatz zu allen weniger eingeschränkten Patientengruppen, verhältnismäßig seltener eingesetzt als psychotrope Medikamente. Zwar sank auch der Einsatz funktioneller Übungsbehandlungen im Verhältnis zum Einsatz von Psychopharmaka von „Nichtbehindert“ zu „schwer intelligenzgemindert“ von 2,1 auf 1,1, bei eltern- und familienbezogenen Interventionen von 3,2 auf 1,5 und bei anderen umfeldbezogenen Interventionen von 2,4 auf 1,3. Insgesamt wurden aber alle Therapieformen mit Ausnahme der Psychotherapien bei allen Behinderungsgraden mit Ausnahme schwer intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher verhältnismäßig häufiger eingesetzt als psychotrope Medikamente.

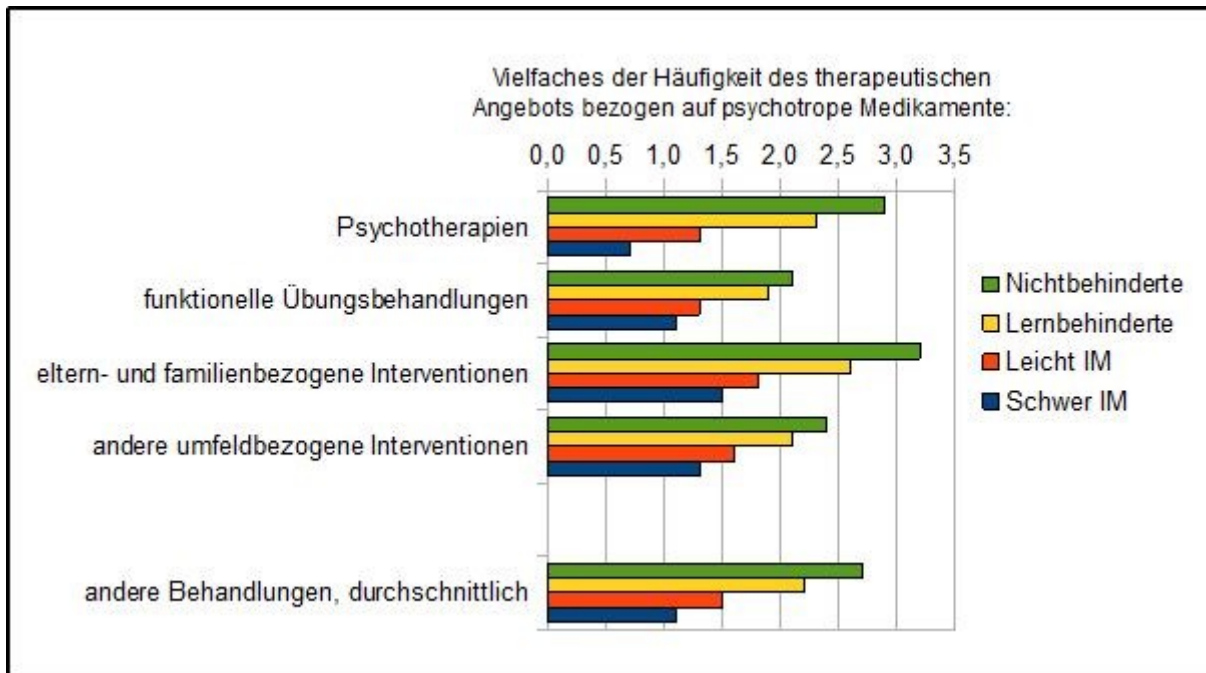


Abbildung 10: Verhältnis nichtmedikamentöser Behandlungsformen zu Psychopharmaka

In **Tabelle 24** wird dargestellt, welche nichtmedikamentösen Therapien an den deutschen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie für Lernbehinderte, leicht und schwer intelligenzgeminderte junge Patienten bereitgestellt wurden.⁶

Es war anzunehmen, dass beim Einsatz nichtmedikamentöser Behandlungsformen verschiedene Therapieansätze in Abhängigkeit vom Schweregrad der Behinderung der Patienten verfolgt wurden.

Bei einzelner Betrachtung aller Therapieformen konnte diese Vermutung mithilfe des Chi-Quadrat-Tests für fast die Hälfte der therapeutischen Angebote bestätigt werden. Bei den tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien ergaben sich höchst signifikante Unterschiede in Abhängigkeit vom Grad der Einschränkung ($p=0,0009$). Der Einsatz nahm mit steigendem Behinderungsgrad der Patienten ab. So wurden 39 % der Lernbehinderten derart versorgt, während nur 13 % der leicht bzw. 7 % der schwer intelligenzgeminderten Kinder und Jugendlichen ein solches Angebot erhielten. Ebenfalls höchst signifikant waren die Versorgungsunterschiede im

⁶ Grundsätzlich lassen sich die angewandten Therapieformen in vier Gruppen einteilen: individuumzentrierte, familienzentrierte und gruppenzentrierte Therapien sowie Einleitung von Hilfen nach dem Kinder- und Jugendhilferecht, Aches Buch Sozialgesetzbuch (KJHG) und Bundessozialhilfegesetz (BSHG) (s. Fragebogen im Anhang).

Rahmen von Gruppentherapien ($p=0,0001$). Auch hier zeigte sich ein abnehmender Einsatz mit zunehmendem Behinderungsgrad. So erhielten 78 % der Lernbehinderten, aber nur knapp die Hälfte (49 %) der leicht intelligenzgeminderten und nur 17 % der schwer intelligenzgeminderten jungen Patienten Angebote aus diesem Bereich.

Hoch signifikante Unterschiede in Abhängigkeit vom Behinderungsgrad zeigten sich beim Einsatz therapeutischer Gespräche ($p=0,0059$), signifikante in der Versorgung mit verhaltenstherapeutisch / lerntheoretisch orientierten Psychotherapien, Spieltherapien und (systemischen) Familientherapien ($p=0,0371$ bzw. $0,0471$ bzw. $0,0281$) sowie schwach signifikante Unterschiede beim Einsatz kreativer Therapien (u. a. Kunst- und Musiktherapie) und von Psychoedukation ($p=0,0656$ bzw. $0,0807$). Die Unterschiede im Angebot von körperorientierten Therapien, Entspannungsverfahren und Snoezelen, funktionellen Therapien und speziellen Übungsbehandlungen (Moto-, Logo-, Ergotherapie), Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Elternberatung und -training, therapeutischem Stationsmilieu, Interventionen in Kindergarten / Schule / Arbeitsplatz und Fach- und Helferkonferenzen waren nicht signifikant.

Betrachtet man alle Therapieformen einzeln, hat also nur ein Teil einen signifikanten Zusammenhang, sodass insgesamt der Zusammenhang zwischen Grad der Einschränkung und allen Therapieangeboten nicht signifikant ist.

Weiterhin bestanden innerhalb der drei Gruppen unterschiedlichen Einschränkungsgades erhebliche Unterschiede im Therapieangebot. So wurden Lernbehinderten alle Therapieformen etwa gleich häufig angeboten. Die Unterschiede in der Angebotshäufigkeit für Kinder und Jugendliche mit leichter Intelligenzminderung waren dagegen signifikant ($p=0,0189$), bei der Behandlung schwer intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher ergaben sich gar höchst signifikante Unterschiede ($p=0,0005$).

Betrachtet man die therapeutischen Angebote in ihrer Gesamtheit, indem man alle aufsummiert, wurden von 46 Einrichtungen 590 Angebote für Lernbehinderte, 494 Angebote für leicht intelligenzgeminderte und 334 Angebote für schwer intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche unterbreitet. Der Gesamtzusammenhang zwischen Abnahme der Anzahl therapeutischer Angebote mit

Zunahme des Grades der Behinderung war hoch signifikant ($p=0,0000$)

Tabelle 24: Verfügbarkeit therapeutischer Angebote bei Intelligenzgeminderten nach Grad der Einschränkung

	Grad der Einschränkung				CHI-Test Irrtumswahrscheinlichkeit α
	lernbehindert	leicht intelligenzge mindert	schwer intelligenzge mindert	Gesamt	
therapeutisches Gespräch	40 87,0%	33 71,7%	16 34,8%	46	0,0059
tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie	18 39,1%	6 13,0%	3 6,5%	46	0,0009
verhaltenstherapeutisch/lerntheoretisch orientierte Psychotherapie	39 84,8%	36 78,3%	20 43,5%	46	0,0371
Spieltherapie	32 69,6%	24 52,2%	15 32,6%	46	0,0471
körperorientierte Therapien	30 65,2%	29 63,0%	18 39,1%	46	0,1778
Entspannungsverfahren, Snoezelen	37 80,4%	35 76,1%	23 50,0%	46	0,1636
kreative Therapien (Kunsttherapie, Musiktherapie u.a.)	36 78,3%	32 69,6%	19 41,3%	46	0,0656
funktionelle Therapien, spezielle Übungsbehandlungen (Moto-, Logo-, Ergotherapie u.a.)	36 78,3%	34 73,9%	25 54,3%	46	0,3382
Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie	28 60,9%	25 54,3%	16 34,8%	46	0,1835
Elternberatung	40 87,0%	36 78,3%	30 65,2%	46	0,4882
Familientherapie, systemische FT	38 82,6%	28 60,9%	18 39,1%	46	0,0281
spezielles Elterntraining	33 71,7%	28 60,9%	21 45,7%	46	0,2647
Gruppentherapie (Patienten)	36 78,3%	22 47,8%	8 17,4%	46	0,0001
therapeutisches Stationsmilieu	37 80,4%	34 73,9%	27 58,7%	46	0,4466
Interventionen in Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz	33 71,7%	29 63,0%	23 50,0%	46	0,4090
Psychoedukation	38 82,6%	28 60,9%	21 45,7%	46	0,0807
Fall-/Helferkonferenzen	39 84,8%	35 76,1%	31 67,4%	46	0,6331
CHI-Test Irrtumswahrscheinlichkeit α	0,5909	0,0189	0,0005		0,8594

5.6 Einschätzung der Versorgungssituation intelligenzgeminderter Patienten

In den **Tabellen 25 und 26** wird dargestellt, wie die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssituation von intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen mit zusätzlichen psychischen Störungen von den teilnehmenden Leitern der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie beurteilt wurde. Es konnten die

Noten 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) vergeben werden, wobei die Bewertung in die Bereiche stationär / teilstationär (Tabelle 25) und ambulant (Tabelle 26) unterteilt wurde.

Tabelle 25: Einschätzung der stationären/teilstationären Versorgungssituation Intelligenzgeminderter mit psychischen Störungen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
sehr gut	0	0,0	0,0
gut	3	6,5	6,5
befriedigend	8	17,4	17,4
ausreichend	10	21,7	21,7
mangelhaft	22	47,8	47,8
ungenügend	3	6,5	6,5
Gesamt	46	100,0	100,0

Tabelle 26: Einschätzung der ambulanten Versorgungssituation Intelligenzgeminderter mit psychischen Störungen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
sehr gut	1	2,2	2,3
gut	3	6,5	6,8
befriedigend	9	19,6	20,5
ausreichend	12	26,1	27,3
mangelhaft	14	30,4	31,8
ungenügend	5	10,9	11,4
Gesamt	44	95,7	100,0
Fehlend	2	4,3	
Gesamt	46	100,0	

Es fällt auf, dass die ambulante Versorgungssituation nur von einem Klinikleiter, die stationäre / teilstationäre gar von keinem Befragten als „sehr gut“ eingeschätzt wurde. Sowohl im teil- / stationären (24 %) als auch im ambulanten Bereich (30 %) vergaben weniger als ein Drittel der Klinikleiter eine Note besser als 4 (ausreichend). Die am häufigsten erteilte Note war sowohl im stationären / teilstationären als auch im ambulanten Bereich die Note 5 (mangelhaft). Mit 48 % entschieden sich im teil- / stationären Bereich fast die Hälfte aller Befragten für „mangelhaft“. 7 % schätzten die stationäre / teilstationäre Versorgungssituation sogar als „ungenügend“ ein. Im ambulanten Bereich gab etwa ein Drittel (32 %) der Klinikleiter an, die

Versorgungssituation sei „mangelhaft“. Weitere 11 % beurteilten sie als „ungenügend“. Mit zusammen 43 % erteilter Noten 5 und 6 wurde die ambulante Versorgungssituation insgesamt nur etwas besser beurteilt als die stationäre / teilstationäre mit insgesamt 54 % Einschätzungen „mangelhaft“ oder schlechter.

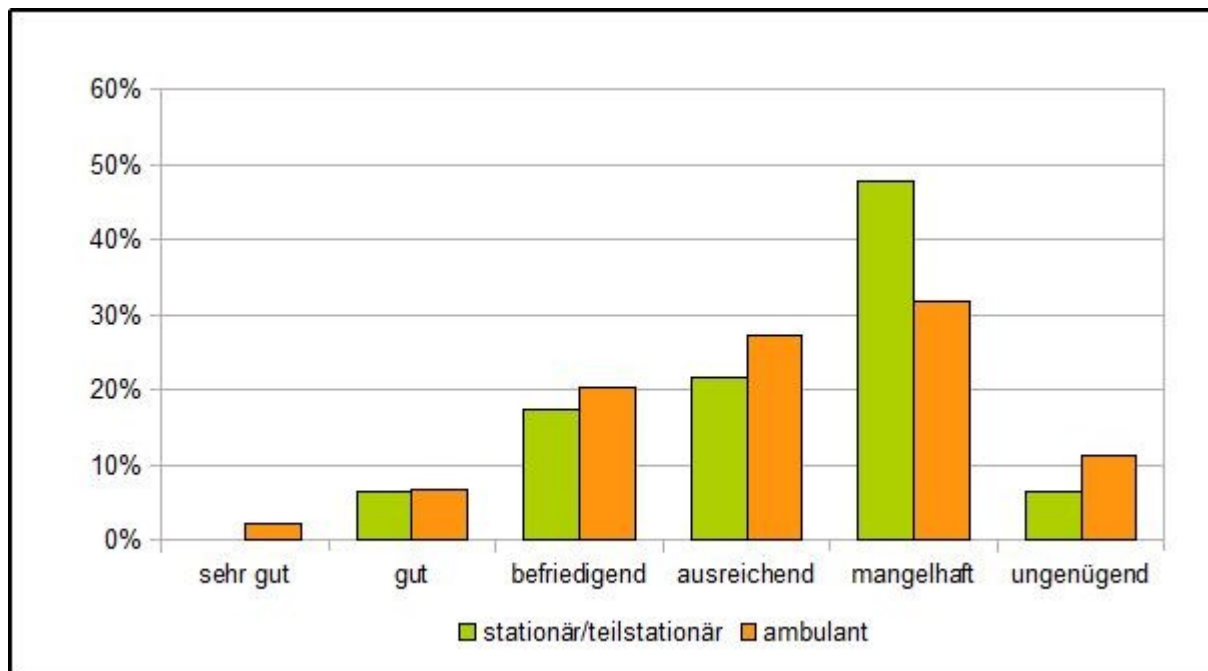


Abbildung 11: Einschätzung der stationären / teilstationären und ambulanten Versorgungssituation Intelligenzgeminderter durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Es war anzunehmen, dass keine signifikanten Unterschiede in der Einschätzung der teil- / vollstationären bzw. ambulanten Versorgungssituation bestanden. Der Test auf Zusammenhänge mithilfe des Chi-Quadrats (s. **Tabelle 27**) bestätigte diese Vermutung.

Tabelle 27: Einschätzung der stationären und ambulanten Versorgungssituation Intelligenzgeminderter mit psychischen Störungen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie (Chi-Quadrat-Test)

	stationär		ambulant		CHI-Test Irrtumswahrscheinlichkeit α
	abs.	rel.	abs.	rel.	
sehr gut, gut, befriedigend	11	23,9%	13	29,5%	0,5704
ausreichend	10	21,7%	12	27,3%	
mangelhaft ungenügend	25	54,3%	19	43,2%	
	46	100%	44	100%	

Tabelle 28 zeigt, wie die ambulante Versorgungssituation durch psychologische Psychotherapeuten von den Leitern der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeschätzt wurde. Es konnten ebenfalls die Noten 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend) vergeben werden.

Neuerlich wurde die Situation von keinem der Klinikdirektoren als „sehr gut“ beurteilt. Wiederum entschied sich keiner der Befragten für eine Note besser als 4 (ausreichend). Mehr als die Hälfte aller Befragten (52 %) beurteilte die Versorgung durch psychologische Psychotherapeuten mit der Note 5 (mangelhaft). Zusammen mit den 27 %, die sich für Note 6 (ungenügend) entschieden, schätzten mehr als drei Viertel (79 %) die Lage als „mangelhaft“ oder schlechter ein (Noten 5 und 6).

Tabelle 28: Einschätzung der ambulanten Versorgungssituation Intelligenzgeminderter mit psychischen Störungen durch psychologische Psychotherapeuten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
sehr gut	0	0,0	0,0
gut	0	0,0	0,0
befriedigend	0	0,0	0,0
ausreichend	9	19,6	20,5
mangelhaft	23	50,0	52,3
ungenügend	12	26,1	27,3
Gesamt	44	95,7	100,0
Fehlend	2	4,3	
Gesamt	46	100,0	

Es war anzunehmen, dass zwischen der von den Leitern der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie abgegebenen Beurteilung der Versorgungssituation intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie und der durch psychologische Psychotherapeuten signifikante Unterschiede bestanden. Der Test auf Zusammenhänge mithilfe des Chi-Quadrats (s. **Tabelle 29**) bestätigte diese Vermutung. Tatsächlich wurde die psychotherapeutische Versorgungslage schlechter bewertet als die durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie (hoch signifikant ($p=0,0001$)).

Tabelle 29: Einschätzung der Versorgungssituation Intelligenzgeminderter mit psychischen Störungen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. psychologische Psychotherapeuten (Chi-Quadrat-Test)

	Kinder- und Jugendpsychiatrie		psychologische Psychotherapeuten		CHI-Test Irrtumswahr- scheinlichkeit α
	abs.	rel.	abs.	rel.	
sehr gut, gut, befriedigend	13	29,5%	0	0,0%	
ausreichend	12	27,3%	9	20,5%	
mangelhaft ungenügend	19	43,2%	35	79,5%	
	44	100%	44	100%	0,0001

Die **Tabellen 30 und 31** beleuchten die Frage, ob nach Ansicht der Klinikleiter die Kliniken für Kinder und Jugendpsychiatrie stationäre (Tabelle 30) bzw. ambulante (Tabelle 31) Spezialangebote für Diagnostik und Therapie intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher zur Verfügung stellen sollten.

Im stationären Bereich plädierten mehr als drei Viertel der Befragten (38 Kliniken, 83 %) für ein auf eine bestimmte Anzahl von Einrichtungen begrenztes Spezialangebot in jedem Bundesland. Sieben Klinikleiter (15 %) waren sogar der Meinung, alle Kliniken sollten entsprechende stationäre Spezialangebote bereitstellen.

Tabelle 30: Spezialangebote für Intelligenzgeminderte mit psychischen Störungen an Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie allg. empfehlenswert

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
ja, alle	7	15,2	15,2
ja, aber begrenzte Anzahl in jedem Bundesland	38	82,6	82,6
nein	1	2,2	2,2
Gesamt	46	100,0	100,0

Für den ambulanten Bereich hielten fast zwei Drittel der Befragten (29 Kliniken, 63 %) ein solches Angebot in begrenzter Anzahl in jedem Bundesland für sinnvoll. 13 Klinikleiter (28 %) sprachen sich gar für ein spezielles ambulantes Angebot für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche an allen Kliniken aus.

Tabelle 31: Spezialangebote für Intelligenzgeminderte mit psychischen Störungen in Ambulanzen empfehlenswert

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
ja, alle	13	28,3	28,3
ja, aber begrenzte Anzahl in jedem Bundesland	29	63,0	63,0
nein	4	8,7	8,7
Gesamt	46	100,0	100,0

Nur eine sehr kleine Minderheit der Befragten (stationär: 1 Klinikleiter, ambulant: 4 Klinikleiter) war der Meinung, dass ein entsprechendes Spezialangebot für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung nicht erforderlich wäre.

6 Diskussion

In diesem Teil der Arbeit werden die gewonnenen Daten hinsichtlich der eingangs aufgestellten Hypothesen interpretiert. Außerdem werden Vergleiche mit den Forschungsergebnissen der 2004 von Prof. Hennicke durchgeführten Untersuchung gezogen und die Ergebnisse anhand nationaler und internationaler Literatur diskutiert.

1. Umfang und Qualität der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung an den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie in Deutschland sind derzeit unbefriedigend.

Diese Hypothese kann auf Basis des vorliegenden Datenmaterials bestätigt werden.

Obwohl Konsens darüber herrscht, dass Menschen mit Intelligenzminderung vulnerabler für v. a. psychische Komorbiditäten sind und in mehreren Studien (Siegel et al. 2014; Chaplin et al. 2015) die Wirksamkeit stationärer Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und gleichzeitigen psychischen Störungen nachgewiesen werden konnte, wurden laut den aktuell erhobenen Daten insgesamt wenige intelligenzgeminderte Patienten an den einbezogenen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt. Dies galt sowohl für den stationären als auch für den tagesklinischen und ambulanten Bereich. Rund die Hälfte aller befragten Kliniken gab an, weniger als 50 intelligenzgeminderte Patienten in 2013 ambulant behandelt zu haben, wobei 6 – 14-Jährige noch etwas häufiger behandelt wurden als unter 6- bzw. über 14-Jährige. Im stationären und tagesklinischen Bereich zeigte sich ein noch ausgeprägteres Behandlungsdefizit: Hier wurden sogar in etwa der Hälfte der Fälle weniger als 25 intelligenzgeminderte Patienten jährlich betreut. Mehr als 100 stationäre Aufnahmen erfolgten dagegen an kaum einer Klinik, auch keine der Tageskliniken behandelte mehr als 100 intelligenzgeminderte Patienten jährlich.

Im Vergleich zum Jahr 2004, in dem durchschnittlich 21 intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche stationär und 46 ambulant behandelt wurden, kann also nicht von

einem deutlichen Anstieg der Behandlungsintensität gesprochen werden. Zudem kann vermutet werden, dass bei jenen Kliniken, die intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche betreuen, eine größere Bereitschaft zum Ausfüllen des Fragebogens bestand und all jene, die nicht an der Befragung teilnahmen bzw. die entsprechende Frage nicht beantworteten (teilweise fast 50 % Enthaltungen), sich überhaupt nicht an der psychiatrisch / psychotherapeutischen Versorgung intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher mit psychischen Störungen beteiligten – und somit die tatsächliche Versorgungslage noch unbefriedigender ist als hier ermittelt.

Engenhorst & Kremitzl (2016) kamen im Rahmen ihrer Untersuchung zur aktuellen psychotherapeutischen Versorgungslage erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung in Baden-Württemberg ebenfalls zu dem Ergebnis, dass weit mehr als die Hälfte (ca. 60 %) der von ihnen befragten Psychotherapeuten keine intelligenzgeminderten Patienten behandelte. Wenn Menschen mit Intelligenzminderung behandelt wurden, dann häufiger im ambulanten als im stationären Bereich.

Metaxas et al. (2014) hatten dagegen bei einer vorausgegangenen, ähnlichen Erhebung zur aktuellen psychotherapeutischen Versorgungslage intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg gefunden, dass mehr als die Hälfte (etwa 61 %) der im Rahmen der Untersuchung befragten Psychotherapeuten Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung behandelten, allerdings fast ausschließlich lernbehinderte bzw. leicht intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche.

Im beruflichen Kontext selten (ca. 46 %) oder nie (etwa 7 %) Kontakt zu dieser besonderen Patientengruppe hatte auch über die Hälfte der von Schäfer-Walkmann et al. (2015) im Rahmen ihrer Analyse zur psychischen Gesundheitsversorgung von Menschen mit Intelligenzminderung im Stadtgebiet Stuttgart Befragten. Nur jeweils ein Fünftel hatte monatlich bzw. wöchentlich, weitere 8 % täglich beruflich Umgang mit intelligenzgeminderten Patienten. Da bei dieser Untersuchung neben Psychotherapeuten auch Mediziner befragt wurden, lassen sich die Ergebnisse zwar besser mit denen der aktuellen Erhebung vergleichen; allerdings muss die flächendeckende Versorgungssituation auf der Grundlage letztgenannter Erhebung als gegenüber den dortigen Ergebnissen deutlich schlechter beurteilt werden, da der Fokus bei Schäfer-Walkmann et al. auf einer Großstadt lag und nicht, wie bei der

vorliegenden Erhebung, auch der meist vergleichsweise schlechter versorgte ländliche Raum mit einbezogen wurde.

Auch Schützwohl et al. (2016) kamen im Rahmen ihrer „MEMENTA“- Studie zur Versorgung leicht und mittelschwer intelligenzgeminderter Erwachsener zu dem Ergebnis, dass Psychotherapie in der Behandlung psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung im Vergleich zum Einsatz psychotroper Medikamente wenig verbreitet ist. Jeder 10. intelligenzgeminderte Befragte war in den drei der Untersuchung vorausgegangenen Monaten in psychiatrischer Behandlung, nur gut 3 % der Studienteilnehmer wurden im selben Zeitraum psychotherapeutisch versorgt. Die Autoren konstatierten, dass der Versorgungsbedarf dieser besonderen Patientengruppe bei ernsthaften psychischen Belastungen überwiegend nicht gedeckt ist.

Obwohl der Anteil hilfebedürftiger intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher aufgrund erwähnter Prädisposition für psychische Störungen deutlich über dem Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung liegen müsste, war auch der relative Anteil intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher am gesamten Patientenaufkommen an den Kliniken für Kinder und Jugendpsychiatrie sowohl im stationären als auch im tagesklinischen und ambulanten Bereich sehr gering. Stationär betrug er 2013 durchschnittlich etwa 7 %. Ebenfalls nur 8 % der Aufnahmen in die Tagesklinik entfielen auf intelligenzgeminderte Patienten. Der relative Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung, die ambulant behandelt wurden, betrug sogar nur 3 %.

Im Vergleich zum Jahr 2004, als der relative Anteil intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher am Gesamtpatientenaufkommen stationär wie ambulant 6 % betrug, ist folglich stationär keine Besserung zu vermelden, im ambulanten Bereich muss sogar von einem Rückgang der Behandlungszahlen von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und damit von einer verschlechterten Versorgungssituation intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher mit gleichzeitigen psychischen Störungen gesprochen werden.

Ähnliche Ergebnisse lieferte auch die Untersuchung von Schäfer-Walkmann et al. (2015), bei der sich der prozentuale Anteil von Menschen mit Intelligenzminderung am Patientenaufkommen der befragten Kliniken ebenfalls als sehr gering erwies. Etwa zwei Drittel von ihnen gaben einen Anteil von 1 – 5 %, gut jede 10. Einrichtung

6 – 10 % intelligenzgeminderte Patienten an. Der Anteil der Psychotherapeuten und Mediziner, die einen höheren Anteil an Patienten mit Intelligenzminderung versorgte, war verschwindend gering. Fast jeder fünfte Befragte gab sogar an, gar keine intelligenzgeminderten Patienten zu betreuen.

Die niedrigen Behandlungszahlen intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher insgesamt und der geringe Anteil am Patientenaufkommen könnten auch dadurch erklärbar sein, dass für diese besondere Personengruppe nur wenige spezialisierte Angebote an den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland bereitgestellt wurden. Dass aber eben derartige Spezialangebote dringend erforderlich und von allen Beteiligten ausdrücklich gewünscht sind, konnten beispielsweise Soltau et al. (2015) in einer weiteren Erhebung zur psychischen Gesundheitsversorgung bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen und deren Eltern nachweisen. Die Untersuchung, an der auch Prof. Hennicke maßgeblich beteiligt war, kam zu dem Ergebnis, dass sich 96 % der Eltern mehr stationäre und ambulante Spezialangebote für ihre intelligenzgeminderten Kinder wünschten. Auch hinsichtlich spezialisierter Angebote wurden laut den im Rahmen dieser Arbeit erhobenen Daten Defizite sowohl im stationären als auch im tagesklinischen und ambulanten Bereich deutlich. Nur 9 bzw. 16 % der befragten Kliniken gaben an, über ein spezielles stationäres bzw. ambulantes Angebot für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche zu verfügen. Während der Anteil der Häuser mit speziellem stationären oder ambulanten Angebot im Vergleich zu 2004 von 5 auf 17 % gestiegen ist, muss bei den Kliniken mit speziellem stationären und ambulanten Angebot sogar ein geringfügiger Rückgang verzeichnet werden - und dies, obwohl im Rahmen der Untersuchung von Hennicke 2004 von insgesamt fast jeder 10. Klinik angegeben worden war, die Schaffung eines speziellen stationären bzw. ambulanten Angebots sei in Planung.

Rein quantitativ würden die aktuell erhobenen Zahlen für die Grundgesamtheit bedeuten, dass nur ca. 10 Kliniken in Deutschland ein spezielles stationäres und ambulantes Angebot für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche vorhielten. Dies hieße wiederum, dass durchschnittlich nur etwa jedes zweite Bundesland in Deutschland über eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit stationärem und ambulanten Spezialangebot für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung verfügte. Von einer flächendeckenden, regionalisierten Versorgung dieser

besonderen Personengruppe kann unter diesen Umständen keine Rede sein, und eigentlich optimistisch stimmende, aktuell erhobene Zahlen (12 % der 2013 befragten Kliniken planen ein spezielles stationäres und 5 % ein spezielles ambulantes Angebot für die Zukunft) müssen mit gewisser Skepsis gesehen werden.

Dass die derzeitige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssituation intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher mit zusätzlichen psychischen Störungen auch von den Leitern der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie selbst als unbefriedigend eingeschätzt wurde, überrascht daher nicht. Die am häufigsten erteilte Bewertung war sowohl im stationären / teilstationären als auch im ambulanten Bereich die Note 5 (mangelhaft). Die Durchschnittsnoten betragen für den stationären / teilstationären Bereich 4,1, für den ambulanten 4,3. Das entspricht den schon 2004 von Prof. Hennicke erhobenen, ähnlich schlechten Werten: Damals wurde der stationäre Bereich mit der Durchschnittsnote 4,3, der ambulante mit 4,1 bewertet. Obwohl die Missstände also offensichtlich schon vor über 10 Jahren bekannt waren, hat sich an den defizitären Verhältnissen nichts verändert.

Die ambulante Versorgungssituation von intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen mit zusätzlichen psychischen Störungen durch psychologische Psychotherapeuten wurde von den Leitern der Kliniken noch signifikant schlechter bewertet. Keiner der Befragten entschied sich für eine Note besser als 4 (ausreichend). Mit einem Durchschnittswert von 5,1 erwies sich die Lage im Bereich der ambulanten Versorgung durch psychologische Psychotherapeuten nicht nur noch weit defizitärer als im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sie wurde obendrein auch noch schlechter bewertet als 2004 (Durchschnittsnote 5,0).

Ebenfalls als „unzureichend“ bezeichneten über drei Viertel (77 %) der von Schäfer-Walkmann et al. (2015) Befragten die bestehende (sozial-)psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Allerdings ergaben sich hier signifikante Antwortunterschiede zwischen den Befragungsgruppen: Akteure aus dem Kreis der Behindertenhilfe schätzen die Situation deutlich schlechter ein als die Versorger des Gesundheitswesens ((Sozial-)Pädagogen, Mediziner, Psychotherapeuten, pflegerische und therapeutische Berufe).

Schlechte Bewertungen erhielt auch die aktuelle Versorgungssituation psychisch kranker erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung durch die Teilnehmer der

Studie von Engenhorst & Kremitzl (2016). Über drei Viertel (76 %) der Psychotherapeuten ohne Behandlungserfahrung und 70 % der Befragten mit Erfahrung schätzten die Versorgung als mangelhaft oder schlechter ein. Behandler intelligenzgeminderter psychisch Kranker bewerten deren Versorgungslage folglich noch etwas besser als jene ohne intelligenzgeminderte Patienten.

Fast identische Ergebnisse lieferte die Studie zur psychotherapeutischen Versorgungssituation intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher von Metaxas et al. (2014). Hier schätzten über die Hälfte der befragten Psychotherapeuten (55 %) die Lage als „mangelhaft“, weitere 15 % sogar als „ungenügend“ ein. Mit einer Durchschnittsnote von 4,7 wurde die Situation in beiden Erhebungen sehr negativ bewertet.

Einigkeit besteht, abgesehen von der schlechten Bewertung der aktuellen Situation, größtenteils auch dahingehend, dass mehr Spezialangebote für Diagnostik und Therapie dieser besonderen Patientengruppe geschaffen werden müssen. Fast alle Befragten sahen, wie auch schon in der Befragung von 2004, die Notwendigkeit für mehr spezialisierte Angebote im stationären, die allermeisten auch für den ambulanten Bereich. Überwiegend plädierte man aber, wie ebenfalls schon bei der letzten Befragung, für auf eine bestimmte Anzahl begrenzte Spezialangebot-Erbringer je Bundesland.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche trotz der erwiesenermaßen erhöhten Vulnerabilität für psychische Komorbiditäten im Patientenaufkommen der deutschen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie unterrepräsentiert sind, es nach wie vor an Spezialangeboten mangelt und keine flächendeckende Versorgung dieser Patientengruppe existiert. Obwohl man sich heute wie schon vor über 10 Jahren der desolaten Lage bewusst und einig darüber ist, dass zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssituation intelligenzgeminderter Kinder- und Jugendlicher mehr spezialisierte Angebote in jedem Bundesland nötig sind, scheinen das „fach- und versorgungspolitische[...] Signal“ (Hennicke 2005) von 2004 nicht registriert worden oder entsprechende Konsequenzen nicht gezogen worden zu sein.

2. Diagnostiziert und behandelt werden vorrangig leicht intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche.

Diese Hypothese kann anhand des vorliegenden Datenmaterials bestätigt werden.

Auf die Frage nach Diagnoseschwerpunkten bei intelligenzgeminderten Patienten wurden zu leichter Intelligenzminderung von etwa doppelt so vielen Kliniken Angaben gemacht wie zu schwerer. Dies legt die Vermutung nahe, dass insgesamt mehr leicht als schwer intelligenzgeminderte Patienten an den deutschen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie diagnostiziert wurden.

Auch der Anteil leicht im Verhältnis zu schwer intelligenzgeminderter Patienten war sowohl im stationären als auch im tagesklinischen und ambulanten Bereich sehr hoch und betrug jeweils etwa 80 %, im tagesklinischen Bereich sogar noch etwas mehr.

Engenhorst & Kremitzl (2016) sowie Metaxas et al. (2014) kamen in ihren Studien ebenfalls zu dem Ergebnis, dass am häufigsten Lernbehinderungen und leichte Formen der Intelligenzminderung psychotherapeutisch behandelt wurden.

Mittelgradig intelligenzgeminderte Patienten wurden dagegen seltener, Menschen mit einer schweren oder schwersten Form der Intelligenzminderung sehr selten betreut. Über drei Viertel (77 %) der von Metaxas et al. (2014) befragten Psychotherapeuten gaben an, „sehr oft“ bis „häufig“ mit Kindern und Jugendlichen mit einer Lernbehinderung zu arbeiten. Leicht intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche wurden von knapp der Hälfte (41 %) „sehr oft“ bis „häufig“ behandelt. Dagegen sagten über 90 % der Befragten, sie hätten „selten“ bzw. „nie“ Kontakt zu Kindern und Jugendlichen mit mittelgradiger Intelligenzminderung bzw. 98 % „selten“ / „nie“ zu schwer oder schwerst intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen. Bei Engenhorst & Kremitzl (2016) gaben über zwei Drittel (69 %) der befragten Psychotherapeuten an, keinerlei erwachsene Patienten mit schwerer Intelligenzminderung zu behandeln.

Die Behandlungshäufigkeiten der verschiedenen Formen der Intelligenzminderung entsprachen in der vorliegenden Untersuchung zwar etwa der bereits erwähnten Verteilungshäufigkeit, nach der ca. 80 % der Intelligenzminderungen der leichten Form, 12 % der mittelgradigen, 7 % der schweren und weniger als 1 % der

schwersten Form zugeordnet werden können. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass mit zunehmender Schwere der Intelligenzminderung bis zum Schweregrad schwer auch die Wahrscheinlichkeit psychischer Erkrankungen steigt. Das heißt, dass schwer intelligenzgeminderte Patienten einen noch höheren Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungen haben als Menschen mit einer leichten oder mittelgradigen Form der Intelligenzminderung und das Versorgungsdefizit schwer intelligenzgeminderter Patienten mit gleichzeitigen psychischen Störungen folglich als noch gravierender gelten muss als bei Kindern und Jugendlichen mit Lernbehinderung bzw. leichter Form der Intelligenzminderung. Ein Vergleich mit der Situation 2004 ist aufgrund fehlenden Datenmaterials für den benannten Zeitraum nicht möglich.

3. Psychisch kranke intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche leiden an Störungsbildern aus allen Diagnoseklassen.

Diese Hypothese kann mithilfe des vorliegenden Datenmaterials bestätigt werden.

Auch bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen wurden Störungen aus allen Klassen der ICD-10 diagnostiziert. Stationär und ambulant wurden vergleichbare Diagnosen vergeben. In beiden Bereichen wurde F9 „Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit / Jugend“ mit jeweils etwa 40 % der beobachteten Fälle mit großem Abstand am häufigsten vergeben, gefolgt von F84 „tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ (beide Bereiche 26 %). 2004 gab es ähnliche Ergebnisse. Auch bei der Untersuchung von Prof. Henniscke standen Diagnosen aus der F9- (40 %) und F84-Klasse (20 %) an der Spitze der am häufigsten vergebenen Diagnosen an intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche. Damals wie heute wurden folgende Diagnosen deutlich seltener vergeben: F4 „neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen“ (14 bzw. 25 %), F5 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen“ (14 bzw. 21 %), F6 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (etwa 12 % in beiden Bereichen), F2 „Schizophrenie und wahnhaftige Störungen“, F1 „Störungen durch psychotrope Substanzen“ und F0 „organische Störungen“ (alle 10 % oder weniger). Auffällig ist allerdings, dass Diagnosen aus der Klasse F3 „affektive Störungen“ mit etwa 20 % in

beiden Bereichen in der aktuellen Untersuchung zu den häufiger vergebenen Diagnosen zählten, während sie 2004 mit etwa 3 % den vorletzten Rang belegten. Es kann jedoch vermutet werden, dass der Anstieg an Diagnosen affektiver Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung der relativ geringen Stichprobengröße der aktuellen Untersuchung geschuldet und damit rein zufällig war.

Völlig andere Ergebnisse lieferte dagegen die Untersuchung von Engenhorst & Kremitzl (2016). Hier wurden Diagnosen aus der Klasse F3 von über drei Viertel (79 %) der befragten Psychotherapeuten als häufigste Behandlungsindikation bei intelligenzgeminderten Erwachsenen mit psychischen Störungen genannt. Auch F6-Diagnosen wurden von zwei Drittel (66 %) der Studienteilnehmer sehr oft angeführt, ebenso wie Diagnosen aus der Klasse F4 mit fast genauso vielen Nennungen (64 %). Die in der aktuellen Untersuchung am häufigsten angeführten Diagnoseklassen F9 und F84 wurden dagegen überhaupt nicht genannt.

Mit jeweils etwa 1 % der Indikationen, die nach Wunder (2010) zur Behandlung psychisch gestörter Erwachsener mit Intelligenzminderung führten, scheinen F9- und F84-Diagnosen in der (ambulanten) psychotherapeutischen Versorgung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung offensichtlich eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. Von Wunder (2010) als häufigste Behandlungsindikationen genannt wurden dagegen mit 32 % Diagnosen aus der Klasse F2 sowie ebenfalls F3- und F6-Diagnosen (20 % bzw. 12 %).

Dielentheis (2013) sieht als Hauptindikationen für Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung ähnlich wie Engenhorst & Kremitzl (2016) und Wunder (2010) die den F3-Diagnosen zugehörigen affektiven Störungen (F32-34) sowie Diagnosen aus der Klasse F4: Angststörungen (F40-41), Zwangsstörungen (F42), Akute Belastungsreaktionen (F43.0), Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1) und Anpassungsstörungen (F43.2).

Als häufigste bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und gleichzeitigen psychischen Störungen zur Behandlung führende Diagnosen wurden von den von Metaxas et al. (2014) befragten Psychotherapeuten, ähnlich den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung, die zur F9-Klasse gehörenden Störungen des Sozialverhaltens mit 92 % sowie ADHS mit 82 % genannt. Mit 80 % bzw. 63 % ebenfalls oft angeführt wurden Angststörungen sowie Posttraumatische Belastungsstörungen aus der Diagnoseklasse F4. Fast zwei Drittel (63 %) der

Befragten gaben außerdem an, intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche mit Depressionen (Klasse F3) zu behandeln. Die in der vorliegenden Erhebung mit am häufigsten genannten F84-Diagnosen waren nach Metaxas et al. (2014) dagegen nicht von Relevanz.

Betrachtet man die vergebenen Diagnosen nach Grad der Intelligenzminderung genauer, so fällt auf, dass sich diese, ebenso wie die stationär und ambulant vergebenen Diagnosen, ähnelten. So bestanden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Diagnoseschwerpunkte zwischen leichter und schwerer Intelligenzminderung; d. h., leicht und schwer intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche litten trotz ihres sehr unterschiedlichen Einschränkungsgrades an ähnlichen Störungsbildern (und müssten folglich ähnlich therapiert werden). Sowohl bei leicht als auch schwer intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen wurden Diagnosen aus der Klasse F9 „Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit / Jugend“ am häufigsten gestellt. Diagnosen aus der Klasse 84 „tiefgreifende Entwicklungsstörungen“ rangierten mit etwas Abstand auf Rang 2. Ähnliche Ergebnisse lieferte auch die Untersuchung von Prof. Hennicke, in der F9-Diagnosen den 1. Rang bei leichter und den 2. Rang bei schwerer Intelligenzminderung belegten. Bei schwer intelligenzgeminderten Patienten am häufigsten genannt wurden 2004 Diagnosen aus der Klasse F84, die bei Kindern und Jugendlichen mit leichter Intelligenzminderung am dritthäufigsten genannt wurden. Damals wie heute fehlten Diagnosen aus der Klasse F0 „organische Störungen“ komplett. 2004 ebenfalls fast gänzlich fehlend waren Diagnosen aus der Klasse F3 „affektive Störungen“, die auch der aktuellen Untersuchung zufolge bei schwerer Intelligenzminderung keine, bei leichter eine eher untergeordnete Rolle zu spielen schienen – und das, obwohl Depressionen leicht zu diagnostizieren sind und normalerweise häufig auftreten. Auffällig ist auch, dass Diagnosen aus der Klasse F6 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ laut der Erhebung von Prof. Hennicke bei leichter Intelligenzminderung relativ häufig auftraten, während sie im Rahmen der aktuellen Untersuchung nicht genannt wurden. Weiterhin fällt auf, dass 2004 Diagnosen aus der Klasse F2 „Schizophrenie und wahnhaftige Störungen“ den 2. bzw. 3. Rang belegten, während diese Diagnoseklasse in der vorliegenden Erhebung weit abgeschlagen auf den unteren Rängen rangierte. In Anbetracht des völligen Fehlens von Diagnosen aus den Klassen F0 und F1 sowie F5 und F6 im Rahmen der

aktuellen Untersuchung (mit verhältnismäßig wenig Beteiligten) kann allerdings vermutet werden, dass der starke Rückgang diagnostizierter Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie Schizophrenien ebenfalls eher der geringen Stichprobengröße als einem klinisch tatsächlich selteneren Auftreten dieser Krankheitsbilder zuzuschreiben ist.

Psychopharmaka wurden in der Therapie intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher mit gleichzeitigen psychischen Störungen zur Behandlung verschiedenster Störungsbilder aber in Akut- und Dauerbehandlung aufgrund ähnlicher Indikationen eingesetzt. Als häufigste wurde auch hier sowohl in der Akut- als auch Dauerbehandlung die zur F9-Diagnoseklasse gehörende „(Auto)Aggressivität“ genannt. Ähnliche Ergebnisse lieferte die Untersuchung von Prof. Hennicke 2004, in der „Fremdaggression“ nach „motorischer Unruhe“ den zweiten Platz, „Autoaggression“ den fünften Platz der häufigsten eine Psychopharmakatherapie indizierenden Störungsbilder belegte (es wurde nicht in Akut- bzw. Dauerbehandlung unterschieden). Auch die übrigen aktuell erhobenen Hauptindikationen ähnelten, ordnet man die verschiedenen Angaben den Hauptdiagnoseklassen F0-F9 zu, den Ergebnissen der Untersuchung von Prof. Hennicke.

Es lässt sich zusammenfassen, dass sich die Diagnosen, die laut den aktuell erhobenen Daten bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen zur Behandlung führten, sowohl im stationären / ambulanten Vergleich als auch hinsichtlich des Schweregrades der Intelligenzminderung ähnelten. Insgesamt zeigte sich zwar ein Schwerpunkt bei in Kindheit / Jugend beginnenden Verhaltensstörungen sowie tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, gleichzeitig aber auch ein differenziertes Bild psychiatrischer Störungsbilder aus allen Diagnoseklassen der ICD-10 und damit kein Hinweis auf den befürchteten Prozess des „diagnostic overshadowing“. Außerdem ist festzustellen, dass sich die diagnostizierten Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung zwar stark von jenen unterschieden, die in der (ambulanten) psychotherapeutischen Behandlung erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung relevant waren, sich in den letzten Jahren aber kaum verändert haben.

4. Leicht intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche werden eher psychotherapeutisch, schwer intelligenzgeminderte eher pharmakologisch versorgt.

Auch diese Hypothese kann anhand des vorliegenden Datenmaterials bestätigt werden.

Betrachtet man das Verhältnis des Einsatzes nichtmedikamentöser Behandlungsformen (inkl. Psychotherapie) gegenüber Psychopharmaka in der Therapie psychischer Störungen bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen zunächst unabhängig vom Behinderungsgrad, so zeigt sich, dass fast ausnahmslos alle nichtmedikamentösen Behandlungsformen verhältnismäßig häufiger eingesetzt wurden als psychotrope Medikamente. Allerdings nahm ihr Einsatz mit steigendem Einschränkungsgang der Patienten ab. Besonders stark sank der Einsatz von Psychotherapien im Verhältnis zu Psychopharmaka. Psychotherapien wurden bei Nichtbehinderten fast dreimal so häufig eingesetzt wie psychotrope Medikamente, bei Lernbehinderten immerhin noch 2,3 mal so häufig. Bei leicht intelligenzgeminderten Patienten belief sich das Vielfache des Einsatzes von Psychotherapien gegenüber dem von Psychopharmaka auf nur noch 1,3, bei schwer intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen waren es gar nur noch 0,7. D. h., Psychotherapien wurden (im Unterschied zu allen anderen nichtmedikamentösen Behandlungsformen) bei Kindern und Jugendlichen mit schwerer Intelligenzminderung (im Gegensatz zu allen weniger eingeschränkten Patientengruppen) sogar verhältnismäßig seltener eingesetzt als psychotrope Medikamente. Alle anderen nichtmedikamentösen Behandlungsformen wurden bei stärkerem Behinderungsgrad zwar insgesamt seltener, aber dennoch verhältnismäßig häufiger als psychotrope Medikamente eingesetzt.

Auch in Hinblick auf die absoluten Werte zeigt sich, dass im Rahmen der Behandlung psychischer Störungen bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen verschiedene Behandlungsansätze in Abhängigkeit vom Schweregrad ihrer Behinderung verfolgt wurden. Während der Einsatz funktioneller Übungsbehandlungen, eltern- und familienbezogener und anderer umfeldbezogener Interventionen vom Behinderungsgrad unabhängig häufig erfolgte, sank der Einsatz von Psychotherapien mit steigendem Behinderungsgrad der Patienten – und zwar

bei schwer intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen auf fast die Hälfte des Wertes im Vergleich zu Lernbehinderten. Zugleich stieg die Psychopharmakaprävalenz mit steigendem Behinderungsgrad der Patienten deutlich an. Kinder und Jugendliche mit schwerer Intelligenzminderung erhielten laut den aktuell erhobenen Daten fast doppelt so häufig psychotrope Medikamente wie Lernbehinderte.

Ähnliche Ergebnisse lieferte auch die Untersuchung von 2004, in der sich die Einsatzhäufigkeit von funktionellen Übungsbehandlungen, eltern-, familien-, und anderen umfeldbezogenen Interventionen ebenfalls ähnlich auf alle Patientengruppen verteilte. Auch den damals erhobenen Daten zufolge nahm das Angebot an Psychotherapien mit steigendem Behinderungsgrad der Patienten ab, das von Psychopharmaka, wenn auch etwas leichter als im Rahmen der aktuellen Untersuchung, dagegen zu.

Die Einsatzrangfolge der verschiedenen Therapieformen des Komponentenmodells stimmten sowohl in der aktuellen Erhebung als auch bei Prof. Hennicke im Wesentlichen mit der Rangfolge der von Remschmidt & Mattejat (2001) an nichtintelligenzgeminderten psychisch kranken Kindern und Jugendlichen durchgeführten Vergleichsstudie zur praktischen Realisierung des Komponentenmodells überein, entsprachen also den gängigen Therapiestandards der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Einzig die Psychotherapie, die sowohl in der aktuellen als auch in der Studie von 2004 an letzter bzw. vorletzter (bei leicht intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen an drittletzter) Stelle rangierte, belegte bei Remschmidt & Mattejat (2001) Platz zwei und wurde damit im Rahmen der Behandlung nichtintelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher offensichtlich verhältnismäßig häufiger eingesetzt. Schon bei Prof. Hennickes Untersuchung lagen aber alle absoluten Werte für den Einsatz der verschiedenen Therapien, mit Ausnahme der für familiäre Interventionen, über den 2001 ermittelten. Im Vergleich zu Prof. Hennickes Erhebung 2004 sind die aktuell erhobenen Werte für alle Interventionsformen nochmals angestiegen.

Betrachtet man die Psychopharmakotherapie genauer, fällt außerdem auf, dass die verschiedenen psychotropen Medikamente je nach Einschränkungsggrad bei Lernbehinderten, leicht und schwer intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen

unterschiedlich stark zum Einsatz kamen. Bei allen Patientengruppen gleich war, wie auch schon 2004, sowohl in der Akut- als auch in der Dauerbehandlung der überdurchschnittlich häufige Einsatz atypischer hochpotenter Neuroleptika (mit Ausnahme der Stimulantien, die bei Lernbehinderten in der Dauerbehandlung Platz eins belegten). Auch die klassischen und atypischen niedrigpotenten Neuroleptika kamen sowohl in Akut- als auch Dauerbehandlung, ebenfalls wie schon vor einigen Jahren, bei allen Gruppen unterschiedlichen Einschränkungsgades durchweg häufig zum Einsatz. Ebenfalls bei allen Patientengruppen oft verschrieben wurden Stimulantien, deren Einsatz sich laut den Daten von 2004 noch hauptsächlich auf Lernbehinderte und leicht intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche konzentrierte.

Auch Schützwohl et al. (2016) kamen im Rahmen ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass die gängigste Behandlung psychischer Störungen bei erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung in der Gabe von Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika und Antikonvulsiva, bestand. Trotz Schwierigkeiten in der Vergleichbarkeit diesbezüglicher Studien aufgrund unterschiedlicher Rekrutierungsstrategien konnte jedoch auch festgestellt werden, dass die Verschreibungsrate psychotroper Medikamente bei Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland insgesamt geringer war als in anderen Ländern mit hohem Einkommensniveau. So erhielten beispielsweise laut der Erhebung von Tsiouris et al. (2013) zur Psychopharmakaprävalenz bei erwachsenen intelligenzgeminderten Patienten in New York rund 58 % der Befragten mindestens ein psychotropes Medikament (überwiegend Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika und Anxiolytika). Scheifes et al. (2013) kamen in ihrer Studie zur Prävalenz von Psychopharmaka bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen mit leichter Intelligenzminderung in den Niederlanden ebenfalls zu dem Ergebnis, dass trotz erheblicher Zweifel an ihrer Effektivität und Sicherheit psychotrope Medikamente immer noch Grundbaustein der Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung sind. Immerhin etwa 29 % der minderjährigen Untersuchungsteilnehmer erhielten Psychopharmaka, auch hier überwiegend Neuroleptika (v. a. Risperidon) sowie Stimulantien (v. a. Methylphenidat).

In der aktuellen Untersuchung zeigte sich, dass die Gabe der verschiedenen

Psychopharmaka abhängig vom Einschränkungsgang der Patienten zu- oder abnahm.

In der Akutbehandlung sank der Anteil an Positiverfahrungen bei einem Großteil der aufgeführten Medikamentengruppen mit dem Grad der Behinderung. D. h., die meisten Psychopharmaka (Stimulantien, trizyklische Antidepressiva, ATX, Antidementiva / Nootropika, pflanzliche Psychopharmaka, Benzodiazepine / Anxiolytika und SSRIs) wurden eher bei leichter als bei schwerer Intelligenzminderung eingesetzt. Bei einigen Psychopharmaka stieg dagegen der Anteil positiver Erfahrungen mit steigendem Behinderungsgrad (hochpotente klassische Neuroleptika und Phasenprophylaktika); diese Medikamente wurden tendenziell eher bei schwerer als bei leichter Intelligenzminderung eingesetzt. Bei einigen Psychopharmaka (u. a. niedrigpotente klassische Neuroleptika und niedrig- sowie hochpotente atypische Neuroleptika) ließ sich keine Tendenz erkennen. Auch im Rahmen der Dauerbehandlung wurden den aktuellen Zahlen zufolge die meisten Psychopharmaka häufiger bei leichter als bei schwerer Intelligenzminderung eingesetzt. Dazu zählen SSRIs, Stimulantien, niedrigpotente atypische Neuroleptika, Benzodiazepine / Anxiolytika, trizyklische Antidepressiva, ATX, Phasenprophylaktika und pflanzliche Psychopharmaka. Lediglich bei einem Pharmakon (Antitestosteron) stieg der Anteil an Positiverfahrungen mit steigendem Behinderungsgrad leicht. Ähnlich wie im Rahmen der Akutbehandlung war bei niedrig- und hochpotenten klassischen Neuroleptika sowie hochpotenten atypischen Neuroleptika keine Tendenz ersichtlich.

In Anbetracht der oben genannten Werte könnte der Eindruck entstehen, viele psychotrope Medikamente würden eher bei leicht als bei schwer intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen eingesetzt. Hier ist jedoch zu beachten, dass leichte Intelligenzminderung, wie schon erwähnt, sehr viel häufiger auftritt als schwere, folglich mehr leicht intelligenzgeminderte Patienten absolut und entsprechend auch pharmakologisch behandelt wurden. Zwar wurden Psychopharmaka (insbesondere Neuroleptika jeglicher Potenz) offensichtlich stärker eingesetzt als bei nichtintelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen, relativ zu den anderen Therapiemodalitäten rangierte ihr Einsatz aber, mit Ausnahme der schwer intelligenzgeminderten Patienten, auf dem letzten Platz. So lässt sich zusammenfassend feststellen, dass auch intelligenzgeminderten jungen

Patienten die vielfältigen nichtmedikamentösen Therapiemöglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie tendenziell steigend zur Verfügung stehen, und sich der häufig geäußerte Vorwurf des übermäßigen Gebrauchs von psychotropen Medikamenten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung insgesamt anhand der aktuellen Daten nicht bestätigen lässt. Allerdings ergab die Untersuchung, dass die absoluten Zahlen zum Psychotherapieeinsatz sowie der verhältnismäßige Einsatz nichtmedikamentöser Behandlungsformen gegenüber Psychopharmaka, insbesondere der von Psychotherapien, mit steigendem Einschränkungsgang der Patienten abnahm, Psychopharmaka bei schwerer Intelligenzminderung häufiger verschrieben und Psychotherapien seltener eingesetzt wurden als psychotrope Medikamente. Nichtmedikamentöse Formen der Intervention, insbesondere Psychotherapien, kommen folglich überwiegend den leicht intelligenzgeminderten Patienten zu Gute, während bei der Behandlung schwer intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher weiterhin der Einsatz von Psychopharmaka im Vordergrund steht. Es bestätigte sich somit die eingangs erwähnte Problematik, dass Menschen mit leichter Intelligenzminderung als für Psychotherapien zugänglicher eingeschätzt und folglich entsprechend stärker damit therapiert werden, während man schwer intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen die entsprechende Behandlungsfähigkeit offensichtlich zu großen Teilen abspricht und folglich auf einfacher durchzuführende und intellektuell weniger anspruchsvolle Therapieformen (wie beispielsweise Psychopharmaka) zurückgreift. Dies mag in Teilen nachvollziehbar sein, muss aber auch deshalb kritisch gesehen werden, weil die Wirksamkeit von Psychotherapien, wie eingangs erwähnt, auch bei Patienten mit Intelligenzminderung in mehreren Studien nachgewiesen werden konnte. Für eine optimale Behandlung von Menschen mit und ohne Intelligenzminderung sollten Psychotherapie und Psychopharmakotherapie sinnvoll kombiniert werden.

5. Das Angebot an psychotherapeutischen Verfahren ist qualitativ schmal, konzentriert sich auf Verhaltenstherapie.

Diese Hypothese kann anhand des vorliegenden Datenmaterials nicht bestätigt werden.

Grundsätzlich stehen, wie bereits erwähnt, alle in der Behandlung psychischer Störungen bei nichtintelligenzgeminderten Patienten angewandten Formen der Psychotherapie auch bei Intelligenzminderung zur Verfügung, wobei diese selbstverständlich an die Fähigkeiten und Bedürfnisse des Patienten angepasst werden müssen. Da bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen die Kognitionsdifferenzen zu Gleichaltrigen ohne Intelligenzminderung aber möglicherweise geringer sind als bei Erwachsenen, können die verschiedenen Therapiemethoden eventuell einfacher adaptiert oder oft sogar in ihrer ursprünglichen Form angewendet werden.

Die vorliegende Untersuchung hat ergeben, dass die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren für die Behandlung intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher mit gleichzeitigen psychischen Störungen in Deutschland in unterschiedlicher Häufigkeit angeboten wurden.

Unabhängig vom Einschränkungsggrad sehr oft eingesetzt wurden laut den aktuell erhobenen Daten Elternberatung, die auch schon im Rahmen der Untersuchung 2004 eine große Rolle spielte, und Fall- / Helferkonferenzen, die 2004 nicht gelistet waren. Ebenfalls häufig genannt wurde, wie auch schon bei Prof. Hennickes Untersuchung, das therapeutische Stationsmilieu. Umso überraschender ist, dass, obschon ein solches Umfeld offensichtlich für wichtig und notwendig für die Behandlung intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher gehalten wurde und wird, immer noch nur wenige Spezialstationen für diese besondere Patientengruppe existieren. Im Vergleich zu 2004 an Bedeutung verloren haben funktionelle Therapien im Sinne des traditionellen Ansatzes heilpädagogischer Übungsbehandlungen.

Außerdem bestanden einige nachvollziehbare Differenzierungen der Therapieangebotshäufigkeit nach Einschränkungsggrad. So wurden das klassische therapeutische Gespräch, verhaltenstherapeutisch / lerntheoretisch orientierte Psychotherapien sowie Gruppentherapien häufig bei Lernbehinderung und etwas seltener auch bei leichter Intelligenzminderung angeboten, während derartige psychotherapeutische Verfahren bei schwerer Intelligenzminderung offensichtlich für weniger geeignet gehalten und dementsprechend seltener eingesetzt wurden.

Ähnliche Ergebnisse lieferte auch die Untersuchung von 2004.

Selten wurde damals wie heute in allen Gruppen unterschiedlichen Einschränkungsgrades tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie angeboten. Dagegen wurde diese Form der Psychotherapie sowohl im Rahmen der

Untersuchung von Engenhorst & Kremitzl (2016) bei erwachsenen intelligenzgeminderten Patienten als auch im Rahmen der Erhebung von Metaxas et al. (2014) bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung zu den häufig angewandten Therapiemethoden gezählt. Bei erstgenannter Studie gaben 40 % der Befragten, die eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie durchführen, an, auch intelligenzgeminderte Patienten zu behandeln. Diese Form der Therapie belegte damit vor Verhaltenstherapie (39 %) und analytisch orientierter Psychotherapie (32 %) bei erwachsenen Menschen mit Intelligenzminderung den ersten Platz unter den genannten Therapieverfahren. Sogar fast zwei Drittel (62 %) der Teilnehmer der Metaxas-Studie nannten tiefenpsychologisch orientierte Therapie als angewandte Therapieform bei intelligenzgeminderten psychisch kranken jungen Patienten. Mit 65 % knapp häufiger genannt wurden hier analytisch orientierte Therapien, mit 56 % nur etwas seltener Verhaltenstherapien.

Beim Betrachten der Gesamtheit der Therapieformen wird deutlich, dass die Anzahl therapeutischer Angebote insgesamt mit steigendem Behinderungsgrad der Patienten sank. Auch einzeln betrachtet bestand bei einem Großteil aller Therapieangebote ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit des Einsatzes und Grad der Einschränkung. Im Gegensatz zu 2004, als einige Therapieformen noch gleichbleibend (Elternberatung, Elterntraining, Interventionen in Kindergarten / Schule / Arbeit) oder fast gleichbleibend (Körperorientierte Therapien, Entspannungsverfahren, Funktionelle Therapien, Stationsmilieu) waren und einige sogar, wenn auch nur leicht, zunehmend genutzt wurden (Körperorientierte Therapien, Funktionelle Therapien, Beschäftigungs- / Arbeitstherapie zwischen lernbehindert und leicht intelligenzgemindert bzw. Elterntraining zwischen leicht und schwer intelligenzgemindert), werden laut den aktuellen Ergebnissen mittlerweile ausnahmslos alle Therapieformen seltener eingesetzt, je stärker der Grad der Einschränkung ist. Schwach bis höchst signifikant war dieser Zusammenhang bei fast der Hälfte der therapeutischen Angebote. Besonders wenig nachvollziehbar ist der mit steigendem Einschränkungsgang sinkende Einsatz kreativer Therapien, die zu den klassischen Therapieformen für schwer intelligenzgeminderte Patienten zählen, sowie der (systemischen) Familientherapien, da das Auftreten einer Intelligenzminderung beim Kind nicht selten zu erheblichen Störungen der familiären Strukturen führt. Sie könnten im Rahmen einer solchen Therapie bearbeitet werden. Andererseits belegte Elternberatung bei allen Einschränkungsgruppen den 1. oder 2.

Platz, sodass man von einem Vorzug von Familienberatung gegenüber Familientherapie sprechen kann.

Es lässt sich also einerseits feststellen, dass durchaus ein breites Angebot therapeutischer Interventionen für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche mit gleichzeitigen psychischen Störungen existiert, und diese, bis auf wenige Ausnahmen, auch hochfrequent eingesetzt werden. Andererseits bestehen neben nachvollziehbaren Differenzierungen der Angebotshäufigkeit nach Einschränkungsggrad nach wie vor einige weniger erklärbare Restriktionen im Therapieangebot, insbesondere bei schwerer Intelligenzminderung, deren Plausibilität geprüft und deren Einsatz gegebenenfalls angepasst werden sollte.

In Zukunft sollten neben einer kritischen Prüfung obengenannter Verhältnisse Forschungsvorhaben zum Thema Intelligenzminderung vorangetrieben, mehr entsprechende Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten für Mediziner und Angehörige anderer im Gesundheitsbereich tätiger Berufsgruppen geboten, mehr Spezialangebote für Menschen mit Intelligenzminderung geschaffen und die Kooperation der verschiedenen Helfersysteme innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems gefördert werden.

7 Zusammenfassung

Um Aussagen darüber treffen zu können, in welchem Umfang und mit welchen Methoden intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche mit gleichzeitigen psychischen Störungen in Deutschland im ambulanten bzw. teil- und vollstationären Bereich psychiatrisch-psychotherapeutisch betreut werden, erfolgte im Rahmen der vorliegenden Untersuchung die Analyse der Antworten eines standardisierten Fragebogens, der an die Leiter aller insgesamt 138 Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie in Deutschland verteilt und von 46 Teilnehmern beantwortet wurde.

Der Großteil der einbezogenen Einrichtungen gehörte zu den mittelgroßen Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin oder als Abteilung zu einem Allgemeinkrankenhaus mit ebenfalls mittelgroßem Versorgungsbereich. Über spezielle stationäre und / oder ambulante Angebote für die Diagnostik und Therapie intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher verfügten nur sehr wenige der einbezogenen Häuser. Obwohl die Notwendigkeit entsprechender spezialisierter Angebote nachgewiesen werden konnte und sich der Großteil der Studienteilnehmer dafür aussprach, dass die Kliniken für Kinder und Jugendpsychiatrie entsprechende stationäre bzw. ambulante Spezialdienste zumindest in begrenzter Anzahl in jedem Bundesland zur Verfügung stellen sollten, war die Schaffung von Angeboten für diese besondere Patientengruppe nur bei einigen wenigen Kliniken für die Zukunft tatsächlich geplant. Die Wirksamkeit stationärer Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und gleichzeitigen psychischen Störungen konnte in der Vergangenheit eindeutig nachgewiesen werden. Trotzdem wurden sowohl im stationären als auch im tagesklinischen und ambulanten Bereich überwiegend sehr wenige intelligenzgeminderte junge Patienten auch wirklich behandelt. Obwohl der Anteil hilfebedürftiger intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher aufgrund erhöhter Vulnerabilität für v. a. psychische Komorbiditäten deutlich über dem Durchschnitt Hilfebedürftiger in der Allgemeinbevölkerung liegen müsste, war auch der relative Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung am gesamten Patientenaufkommen in allen Bereichen sehr gering. Wenn überhaupt, wurden vorrangig leicht intelligenzgeminderte Patienten behandelt.

Dabei traten sowohl bei leicht als auch schwer intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen stationär und ambulant Störungsbilder aus allen Diagnoseklassen der ICD-10 auf (mit Schwerpunkten bei Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit / Jugend und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen).

Die verschiedenen therapeutischen Interventionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden grundsätzlich auch bei intelligenzgeminderten jungen Patienten eingesetzt, wobei es einige mehr oder weniger nachvollziehbare Differenzierungen der Angebotshäufigkeit nach Einschränkungsgab gab. Zwar wurden Psychopharmaka (insbesondere Neuroleptika jeglicher Potenz) offensichtlich stärker eingesetzt als bei nichtintelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen, grundsätzlich wurden nichtmedikamentöse Behandlungsformen aber verhältnismäßig häufiger genutzt als psychotrope Medikamente. Allerdings nahm der Einsatz nichtmedikamentöser Behandlungsformen, insbesondere der von Psychotherapien, mit steigendem Einschränkungsgab der Patienten ab, während die Psychopharmakaprävalenz mit zunehmender Stärke der Intelligenzminderung zunahm. Bei schwerer Intelligenzminderung wurden Psychotherapien sogar verhältnismäßig seltener eingesetzt als psychotrope Medikamente. D. h., nichtmedikamentöse Therapieformen kommen überwiegend leicht intelligenzgeminderten jungen Patienten zu Gute, während bei der Behandlung schwer intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher weiterhin der Einsatz von Psychopharmaka im Vordergrund steht.

Von den Leitern der Kliniken wurde die Versorgungssituation intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher mit gleichzeitigen psychischen Störungen überwiegend als mangelhaft eingeschätzt. Mit einer Durchschnittsnote von 5,1 schnitt die Bewertung der Versorgung durch psychologische Psychotherapeuten noch schlechter ab als jene aus dem stationären und ambulanten Bereich mit den Durchschnittsnoten 4,1 bzw. 4,3.

Insgesamt besteht weiterhin eine deutliche psychiatrisch-psychotherapeutische Unterversorgung intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher insbesondere bei ernsthaften psychischen Belastungen. Es fehlt sowohl an evidenzbasierter Forschung zum Thema als auch an spezialisierten, für alle zugänglichen Behandlungskonzepten sowie zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen, um den besonderen Behandlungsbedürfnissen dieser Patientengruppe gerecht zu

werden.

In Zukunft sollten Forschungsvorhaben zum Thema Intelligenzminderung vorangetrieben, mehr entsprechende Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten für Mediziner und Angehörige anderer im Gesundheitsbereich tätiger Berufsgruppen geboten, mehr Spezialangebote für Menschen mit Intelligenzminderung geschaffen, die Kooperation der verschiedenen Helfersysteme innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems gefördert und Restriktionen im nichtmedikamentösen Therapieangebot v. a. bei schwer intelligenzgeminderten Patienten sowie der Einsatz von Psychopharmaka kritisch hinterfragt werden.

8 Literaturverzeichnis

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017a) EU-Politik für Menschen mit Behinderung. http://www.behindertenbeauftragte.de/DE/Themen/Internationales/EU/EU_node.html (08.09.2017).

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017b) Umsetzung der UN-BRK. http://www.behindertenbeauftragte.de/DE/Koordinierungsstelle/Umsetzung/Umsetzung_node.html (08.09.2017).

Behindertenrechtskonvention.info UN-Behindertenrechtskonvention › Artikel 25 Gesundheitssorge. <https://www.behindertenrechtskonvention.info/gesundheits-sorge-3910/> (07.09.2017).

Bertelli MO, Rossi M, Scuticchio D, Bianco A (2015) Diagnosing psychiatric disorders in people with intellectual disabilities. Issues and achievements. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities* 9: 230–242.

Buckles J, Luckasson R, Keefe E (2013) A Systematic Review of the Prevalence of Psychiatric Disorders in Adults With Intellectual Disability, 2003–2010. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities* 6: 181–207.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016) Bundesteilhabegesetz verabschiedet. <http://www.bmas.de/DE/Presse/Meldungen/2016/bthg-verabschiedet.html> (08.09.2017).

Chaplin R, Roach S, Johnson H, Thompson P (2015) Inpatient Children and Adolescent Mental Health Services (CAMHS). Outcomes of young people with and without intellectual disability. *Journal of intellectual disability research* 59: 995–998.

Cooper S-A, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L (2007) Mental ill-health in adults with intellectual disabilities. Prevalence and associated factors. *The British journal of psychiatry* 190: 27–35.

Deb S, Kwok H, Bertelli M, Salvador-Carulla L, Bradley E, Torr J, Barnhill J (2009) International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 8: 181–186.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (2017) DIMDI - ICF. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/> (5.10.2017).

Dielentheis T (2013) Vergessene Patienten? Psychiatrische Versorgung geistig behinderter Patienten. <https://www.aekno.de/downloads/aekno/vergessene-patienten-2013-dielentheis.pdf> (16.1.2018).

Emerson E (2003) Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of intellectual disability research* 47: 51–58.

Emerson E, Einfeld S, Stancliffe RJ (2010) The mental health of young children with intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Social psychiatry and*

psychiatric epidemiology 45: 579–587.

Engenhorst A, Kremitzl K (2016) Die aktuelle psychotherapeutische Versorgungssituation erwachsener Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in Baden-Württemberg. Eine quantitative Befragung Psychologischer Psychotherapeuten der Landespsychotherapeutenkammer in Baden Württemberg. <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/versorgungsforschung/20161218-engenhorst-kremitzl-masterthesis.pdf> (4.1.2018).

Falkai P, Döpfner M (2015) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. Hogrefe, Göttingen.

Häßler F (2007) Versorgung von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen mit und ohne zusätzliche psychische Störungen in Deutschland. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 35: 381–383.

Häßler F (2011) Intelligenzminderung. Eine ärztliche Herausforderung. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

Häßler F (2013) Anforderungen an die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Probleme der Transition ins stationär-psychiatrische Versorgungssystem für Erwachsene. Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung 10: 42–45.

Häßler F (2014) Intelligenzminderung. S2k-Leitlinie ; AWMF-Register-Nr. 028-042. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Häßler F (2015) Intelligenzminderung und Verhaltensstörungen – psychopharmakologische Zugänge. Neuropaediatric 14: 120–124.

Häßler F (2016) Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Störungen. Fachtagung, 29.01.2016, Neubrandenburg.

Hebebrand J, Buscher M (2013) Verbesserung der klinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 41: 5–10.

Hebebrand J, Häßler F (2009) Forschungsleistung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2003–2008. Geistige Behinderung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 37: 301.

Hennicke K (2005) Stationäre und ambulante Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie in Deutschland. - Erste Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung -. In: Seidel M (Hrsg.) Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSG am 3.12.2004 in Kassel 17–39.

Hennicke K (2013) Das Leistungsspektrum der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie für Kinder und Jugendliche mit Behinderung und die Probleme der Transition ins psychiatrische Versorgungssystem für Erwachsene. Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung 10: 36–41.

Hennicke K (2017) Seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Berliner Ärzte 06: 10.

- Hölscher F, Schneider F (2015) Intelligenzminderungen (F7) und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Schneider F (Hrsg.) Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 2., aktualisierte Auflage Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.
- ICD-10 Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (2017) ICD-10-GM-2017 F70-F79 Intelligenzstörung. <http://www.icd-code.de/icd/code/F70-F79.html> (12.09.2017).
- Jennett HK, Hagopian LP (2008) Identifying empirically supported treatments for phobic avoidance in individuals with intellectual disabilities. *Behavior therapy* 39: 151–161.
- Kufner K, Bengel J (2016) Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Hintergründe. In: Glasenapp J, Schäper S (Hrsg.) Barrierefreie Psychotherapie. Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2016 in Kassel 19–31.
- Macha T, Petermann F (2017) Dorsch Lexikon der Psychologie. Intelligenzminderung. <https://portal.hogrefe.com/dorsch/intelligenzminderung-1/> (12.09.2017).
- Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S (2011) Prevalence of intellectual disability. A meta-analysis of population-based studies. *Research in developmental disabilities* 32: 419–436.
- Metaxas C, Wunsch A, Simon T, Nübling R (2014) Ambulante Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung. Zur aktuellen Versorgungslage in Baden-Württemberg. *Psychotherapeutenjournal* 2: 122–130.
- Mevissen L, Jongh A de (2010) PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities. A review of the literature. *Clinical psychology review* 30: 308–316.
- National Institute for Health and Care Excellence (2016) NICE-Guideline. Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng54> (17.11.2017).
- Neuhäuser G, Steinhausen H-C (2013) Epidemiologie, Risikofaktoren und Prävention. In: Neuhäuser G, Steinhausen H, Häßler F, Sarimski K (Hrsg.) Intelligenzminderung. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Oeseburg B, Jansen DEMC, Dijkstra GJ, Groothoff JW, Reijneveld SA (2010) Prevalence of chronic diseases in adolescents with intellectual disability. *Research in developmental disabilities* 31: 698–704.
- Remschmidt H, Mattejat F (2001) The component model of treatment in child and adolescent psychiatry. Theoretical concept and empirical results. *European child & adolescent psychiatry* 10: 126–45.
- Remschmidt H, Mattejat F (2003) Therapieevaluation bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt* 100: 1066–1072.
- Robertson J, Hatton C, Baines S, Emerson E (2015) Systematic Reviews of the Health or Health care of People with Intellectual Disabilities. A Systematic Review to Identify Gaps in the Evidence Base. *Journal of applied research in intellectual disabilities* 28: 455–523.
- Robotham D, King M, Canagasabay A, Inchley-Mort S, Hassiotis A (2011) Social

validity of randomised controlled trials in health services research and intellectual disabilities. A qualitative exploration of stakeholder views. *Trials* 12: 144.

Sappok T, Voss T, Millauer E, Schade C, Diefenbacher A (2010) Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Theoretischer Hintergrund und praktische Umsetzung. *Der Nervenarzt* 81: 827–836.

Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M (1996) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen.

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. Lambertus, Freiburg im Breisgau.

Schanze C, Schmitt R (2014) Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland. In: Schanze C (Hrsg.) *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen*. 2. Auflage Schattauer Verlag, Stuttgart.

Schäper S, Glasenapp J (2016) Barrieren in der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Einschätzungen und Eindrücke zum aktuellen Stand. In: Glasenapp J, Schäper S (Hrsg.) *Barrierefreie Psychotherapie. Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung*. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2016 in Kassel 4–12.

Scheifes A, Jong D de, Stolker JJ, Nijman HLI, Egberts TCG, Heerdink ER (2013) Prevalence and characteristics of psychotropic drug use in institutionalized children and adolescents with mild intellectual disability. *Research in developmental disabilities* 34: 3159–3167.

Schützwohl M, Koch A, Koslowski N, Puschner B, Voß E, Salize HJ, Pfennig A, Vogel A (2016) Mental illness, problem behaviour, needs and service use in adults with intellectual disability. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 51: 767–776.

Seidel M (2013) Geistige Behinderung - eine Einführung. In: Bienstein P, Rojahn J (Hrsg.) *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Diagnostik und Intervention*. Hogrefe, Göttingen.

Siegel M, Milligan B, Chemelski B, Payne D, Ellsworth B, Harmon J, Teer O, Smith KA (2014) Specialized inpatient psychiatry for serious behavioral disturbance in autism and intellectual disability. *Journal of autism and developmental disorders* 44: 3026–3032.

Soltau B, Biedermann J, Hennicke K, Fydrich T (2015) Mental health needs and availability of mental health care for children and adolescents with intellectual disability in Berlin. *Journal of intellectual disability research* 59: 983–994.

Sturmei P (1999) Classification: concepts, progress and future. In: Bouras N (Hrsg.) *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation* 10. Cambridge Univ. Press, Cambridge.

Thimm A, Schäper S (2016) Zur psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in einem Landkreis im Münsterland. Perspektiven der regionalen Vernetzung. In: Glasenapp J, Schäper S (Hrsg.) *Barrierefreie Psychotherapie. Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung*

von Menschen mit Intelligenzminderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 11. März 2016 in Kassel 48–67.

Thompson Prout H, Browning BK (2011) Psychotherapy with persons with intellectual disabilities. A review of effectiveness research. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities* 5: 53–59.

Tsiouris JA, Kim S-Y, Brown WT, Pettinger J, Cohen IL (2013) Prevalence of psychotropic drug use in adults with intellectual disability. Positive and negative findings from a large scale study. *Journal of autism and developmental disorders* 43: 719–731.

Vereenoghe L, Langdon PE (2013) Psychological therapies for people with intellectual disabilities. A systematic review and meta-analysis. *Research in developmental disabilities* 34: 4085–4102.

Weiß C (2008) *Basiswissen Medizinische Statistik*. 4., überarbeitete Auflage Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

Whitaker S, Read S (2006) The Prevalence of Psychiatric Disorders among People with Intellectual Disabilities. An Analysis of the Literature. *Journal of applied research in intellectual disabilities* 19: 330–345.

Willner P (2005) The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities. A critical overview. *Journal of intellectual disability research* 49: 73–85.

Wunder M (2010) Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung – ist dies eine Selbstverständlichkeit? http://www.beratungszentrum-alsterdorf.de/fileadmin/abz/data/Menu/Beratung_Therapie/Wenn_Sie_mehr_ueber_unsere_Arbeit_wissen_wollen/PsychotherapiefuerMenschenmitBehinderung.pdf (16.1.2018).

9 Anhang

9.1 **Verwendeter Fragebogen**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

der vorliegende Fragebogen ist Teil einer Untersuchung zur Situation der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen und psychischen Störungen. Er richtet sich an alle Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland.

Diesen Teilbereich kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung haben die deutschen Fachgesellschaften übereinstimmend als „*unzureichend und unbefriedigend*“ eingeschätzt. Eine empirische Überprüfung dieses Urteils steht allerdings noch aus. Von Ihrer Bereitschaft, den sicherlich umfangreichen und aufwändigen Fragebogen auszufüllen, hängt wesentlich die Aussagefähigkeit der Ergebnisse ab und ob es gelingen wird, ein qualifiziertes Urteil über die Versorgungssituation in diesem Bereich abzugeben.

Die Befragung wird von der „**Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**“ (BAG), der „**Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie**“ (DGKJP) und dem „**Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie**“ (BKJPP) unterstützt, nicht zuletzt mit dem Interesse, die versorgungspolitische Diskussion anzustoßen und Verbesserungen in diesem Bereich anzuregen.

Wir danken Ihnen sehr für Ihre Bereitschaft, an der Befragung mitzuwirken.

1 Angaben zur Klinik

1.1 Allgemeine Angaben

<p>1. Name/Bezeichnung Ihrer Einrichtung:</p> <p><i>(freigestellt: die Beantwortung des Fragebogens kann auch anonym erfolgen!)</i></p>	<p>(Klinikstempel)</p>
<p>2. Status der Klinik</p>	<p><input type="checkbox"/> eigenständige Klinik in beliebiger Trägerschaft</p> <p><input type="checkbox"/> Abteilung an Allgemeinkrankenhaus oder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin</p> <p><input type="checkbox"/> Abteilung/Bereich eines Psychiatrischen Krankenhauses</p> <p><input type="checkbox"/> Universitätsklinik</p> <p><input type="checkbox"/> anderer Status</p>
<p>3. Anzahl der Plätze (Planbetten; einschließlich Tagesklinik) insgesamt</p>	
<p>4. Verfügen Sie über eine Tagesklinik?</p> <p>Wie viele tagesklinische Plätze haben Sie insgesamt?</p>	<p><input type="checkbox"/> die Klinik hat nur tagesklinische Plätze</p> <p><input type="checkbox"/> ja, mehr als eine</p> <p><input type="checkbox"/> ja, eine</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
<p>5. Verfügen Sie über eine Ambulanz?</p> <p>Wie viele Ambulanzen haben Sie insgesamt?</p> <p>Welchen Status tragen diese Ambulanzen?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Institutsambulanz</p> <p><input type="checkbox"/> Spezialambulanz</p> <p><input type="checkbox"/> anderen</p>
<p>6. Anzahl getrennt geführter Stationen <i>(einschließlich Tagesklinikgruppen)</i> insgesamt</p>	
<p>7. Werden Ihre Stationen nach dem Alter der Patienten eher ... belegt?</p>	<p><input type="checkbox"/> altershomogen</p> <p><input type="checkbox"/> altersinhomogen</p> <p><input type="checkbox"/> beides</p>
<p>8. Betreiben Sie Schwerpunkt-Stationen für spezielle Diagnosegruppen?</p> <p>Wenn ja, welche:</p>	

1.2 Versorgungsbereich (ausgenommen Tagesklinik und Ambulanz)

9. Ist Ihre Klinik für einen speziellen Versorgungsbereich zuständig (regionale Pflichtversorgung)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht verbindlich geregelt
10. Wie viele Einwohner hat Ihr Versorgungsbereich insgesamt?	geschätzt Einwohnerstatistik
11. Wie hoch war in 2013 der Prozentsatz der Patienten, die von außerhalb des Versorgungsbereichs kamen?	geschätzt exakt (z.B. nach BADO)

1.3 Versorgungsbereich der Tagesklinik

12. Stimmt der Versorgungsbereich der Tagesklinik mit dem der Klinik überein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Wie hoch war in 2013 der Prozentsatz der Patienten, die von außerhalb des Versorgungsbereichs kamen?	geschätzt exakt (z.B. nach BADO)

1.3 Versorgungsbereich der Ambulanz

14. Stimmt der Versorgungsbereich der Ambulanz mit dem der Klinik überein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Wie hoch war in 2013 der Prozentsatz der Patienten, die von außerhalb des Versorgungsbereichs kamen?	geschätzt exakt (z.B. nach BADO)

1.4 Kooperationen

16. Haben Sie verbindliche Kooperationen mit ... (Mehrfachnennungen)	<input type="checkbox"/> Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin <input type="checkbox"/> Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie <input type="checkbox"/> anderen Kliniken <input type="checkbox"/> Einrichtungen der Jugendhilfe <input type="checkbox"/> Einrichtungen der Behindertenhilfe <input type="checkbox"/> sozialpädiatrischen Zentren <input type="checkbox"/> niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern <input type="checkbox"/> anderen Einrichtungen
--	--

2 Aufnahmedaten

2.1 Vorbemerkung

Zur **Definition der Intelligenzminderung** wird in diesem Fragebogen folgende Terminologie benutzt, die sich nach den Definitionen der ICD-10 bzw. des MAS Achse III richtet und die bitte **eng** eingehalten werden soll:

Terminologie des Fragebogens	Definition nach MAS bzw. ICD-10	IQ
1. Lernbehinderung	4 - „Lernbehinderung“ (Niedrige/Unterdurchschnittliche Intelligenz)	IQ 70-84
2. leichte Intelligenzminderung IQ 70-50	5 - leichte intellektuelle Behinderung (F70)	IQ 50-69
3. schwere Intelligenzminderung IQ < 50	6 - mittelgradige intellektuelle Behinderung (F71)	IQ 35-49
	7 - schwere intellektuelle Behinderung (F72)	IQ 20-34
	8 - schwerste intellektuelle Behinderung (F73)	IQ unter 20

Nach klinischen und anderen Gesichtspunkten hat sich die einfache Unterteilung von leichter Intelligenzminderung (IQ 70-50) und schwerer Intelligenzminderung (IQ < 50) bewährt. Wenn nach „Intelligenzgeminderten“ gefragt wird, sind also diese beiden Gruppen zusammen gemeint, **ausschließlich** der „Lernbehinderten“.

2.2 Allgemeine Angaben (bezogen auf das Jahr 2013)

Stationärer Bereich	Anzahl (bei %-Angabe bitte ausdrücklich kennzeichnen!)	Tagesklinik	Anzahl (bei %-Angabe bitte ausdrücklich kennzeichnen!)	Ambulanz	Anzahl (bei %-Angabe bitte ausdrücklich kennzeichnen!)
17. Wie viele stationäre Aufnahmen erfolgten insgesamt in Ihrer Klinik?	geschätzt oder exakt	18. Wie viele Aufnahmen in die Tagesklinik erfolgten?	geschätzt oder exakt	19. Wie viele Behandlungs-episoden wurden durchgeführt?	geschätzt oder exakt
20. Wie viele stationäre Aufnahmen von Intelligenz-geminderten mit psychischen Auffälligkeiten erfolgten in Ihrer Klinik?	geschätzt oder exakt	21. Wie viele Aufnahmen Intelligenz-geminderter in die Tagesklinik erfolgten?	geschätzt oder exakt	22. Wie viele Kinder und Jugendliche mit Intelligenz-minderung wurden behandelt? < 6 Jahre 6-14 Jahre > 14 Jahre	geschätzt/exakt / / /

23. Wie ist das Verhältnis „leicht“ zu „schwer“ Intelligenz-geminderten? (in %)	geschätzt / oder exakt /	24. Wie ist das Verhältnis „leicht“ zu „schwer“ Intelligenz-geminderten? (in %)	geschätzt / oder exakt /	25. Wie ist das Verhältnis „leicht“ zu „schwer“ Intelligenz-geminderten? (in %)	geschätzt / oder exakt /
26. Wie hoch ist der Anteil der „lern-behinderten“ Patienten am Gesamtklientel? (in %)	geschätzt oder exakt	27. Wie hoch ist der Anteil der „lern-behinderten“ Patienten am Gesamtklientel? (in %)	geschätzt oder exakt	28. Wie hoch ist der Anteil der „lern-behinderten“ Patienten am Gesamtklientel? (in %)	geschätzt oder exakt
29. Wie ist das Verhältnis Krisen-intervention vs. Regel-behandlung? (in %)	geschätzt / oder exakt /	30. Wie ist das Verhältnis Krisen-intervention vs. Regel-behandlung? (in %)	geschätzt / oder exakt /	31. Wie ist das Verhältnis Krisen-intervention vs. Regel-behandlung? (in %)	geschätzt / oder exakt /

2.3 Intelligenzgeminderte Patienten und Diagnosegruppen

32. Welche Diagnosen wurden gemäß ICD-10 im Jahr 2013 Ihren intelligenzgeminderten Patienten gegeben? (Mehrfachdiagnosen und Komorbiditäten bitte mitberücksichtigen!)	stationärer Bereich (in %)	Ambulanz (in %)
F0 organische, einschließlich symptomatische Störungen		
F1 psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen		
F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen		
F3 affektive Störungen		
F4 neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen		
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren		
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		
F84 tiefgreifende Entwicklungsstörungen		
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend		
G-Diagnosen		
T-Diagnosen		

33. Sehen Sie besondere Diagnoseschwerpunkte bei leicht und bei schwer Intelligenzgeminderten? Wenn ja, welche? <i>Bitte soweit möglich die entsprechenden „F-Gruppen“ eintragen!</i>	leicht Intelligenzgeminderte	schwer Intelligenzgeminderte
--	---------------------------------	---------------------------------

3 Spezialangebote für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche

34. Haben Sie in Ihrer Klinik eine spezielle Station oder Abteilung für die Diagnostik und Behandlung intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
35. Wenn Sie über keine spezielle Station verfügen: Wo werden dann intelligenzgeminderte Patienten behandelt?	<input type="checkbox"/> Normalstationen <input type="checkbox"/> Aufnahmestation	
36. Ist der Aufbau einer Spezialabteilung/-station für Intelligenzgeminderte geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
37. Verfügen Sie in Ihrer Ambulanz über ein spezielles Angebot für Intelligenzgeminderte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
38. Ist der Aufbau einer Spezialambulanz für Intelligenzgeminderte geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
39. Verfügen Sie in der Klinik über einen speziellen aufsuchenden Dienst außerhalb der Stationen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
40. Haben Sie ein spezielles Angebot für mehrfach Behinderte ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
41. Welche Testung führen Sie im Rahmen der Diagnose durch? <i>(Mehrfachnennungen)</i>	<input type="checkbox"/> Intelligenzdiagnose <input type="checkbox"/> Leistungsdiagnose <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsdiagnose <input type="checkbox"/> Familiendiagnose	
42. Wer sind Ihre Informationsquellen ? <i>(Mehrfachnennungen)</i>	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Sorgeberechtigter <input type="checkbox"/> Erzieher/Lehrer <input type="checkbox"/> Verwandte	
43. Führen Sie spezielle organ-medizinische Diagnostik bei Intelligenzgeminderten durch?	routinemäßig	optional
1. EEG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. Chromosomenanalyse	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. molekulargenetische Untersuchungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. bildgebende Verfahren (CCT, MRT)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. bildgebende Verfahren (PET, SPECT)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. spezielle Stoffwechseluntersuchungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. andere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4 Therapeutische Konzepte

<p>44. Hat Ihre Klinik ein grundlegendes Leitkonzept, an dem sich die diagnostische und therapeutische Arbeit schwerpunktmäßig orientiert?</p>	<p> <input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch, analytisch <input type="checkbox"/> verhaltenstherapeutisch, lerntheoretisch <input type="checkbox"/> familientherapeutisch <input type="checkbox"/> systemisch <input type="checkbox"/> schulenübergreifend <input type="checkbox"/> anderes: </p>
--	--

Therapeutische Angebote (ausgenommen Psychopharmakotherapie) <i>(Gesamtklinik; bezogen auf alle Patientengruppen)</i>			
45. Welche Berufsgruppe bietet die folgenden Therapien schwerpunktmäßig an: <i>Bitte kreuzen Sie an!</i> <i>(Mehrfachnennungen)</i>	Ärzte/ Psychologen	therapeut. Dienste/ Sozialdienst	Pflege- und Erziehungsdienst
individuumzentrierte Therapien			
1. therapeutisches Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. verhaltenstherapeutisch/lerntheoretisch orientierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Spieltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. körperorientierte Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Entspannungsverfahren, Snoezelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. kreative Therapien (Kunsttherapie, Musiktherapie, u.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. funktionelle Therapien, spezielle Übungsbehandlungen (Moto-, Logo-, Ergotherapie u.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
familienzentrierte Verfahren			
10. Elternberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Familientherapie, systemische FT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. spezielles Elterntraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gruppenzentrierte Verfahren			
13. Gruppentherapie (Patienten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. therapeutisches Stationsmilieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Interventionen im Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Psychoedukation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einleitung von Hilfen nach dem KJHG und BSHG			
17. Fall-/Helferkonferenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Welche therapeutischen Angebote würden Sie bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen für besonders sinnvoll und hilfreich erachten? <i>Bitte kreuzen Sie an!</i> <i>(Mehrfachnennungen)</i>	lern- behindert	leicht intelligenz- gemindert	schwer intelligenz- gemindert
individuumzentrierte Therapien			
18. therapeutisches Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. verhaltenstherapeutisch/lerntheoretisch orientierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Spieltherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. körperorientierte Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Entspannungsverfahren, Snoezelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. kreative Therapien (Kunsttherapie, Musiktherapie, u.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. funktionelle Therapien, spezielle Übungsbehandlungen (Moto-, Logo-, Ergotherapie u.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
familienzentrierte Verfahren			
27. Elternberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Familientherapie, systemische FT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. spezielles Elterntraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gruppenzentrierte Verfahren			
30. Gruppentherapie (Patienten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. therapeutisches Stationsmilieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Interventionen im Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Psychoedukation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einleitung von Hilfen nach dem KJHG und BSHG			
34. Fall-/Helferkonferenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>49. Welche Störungsbilder, Syndrome und Symptome bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen stellen Ihrer Erfahrung nach insbesondere eine Indikation für Psychopharmaka dar? <i>Erstellen Sie bitte eine Liste (mit max. 10 Indikationen) und tragen die Nr. der Medikamentengruppe aus der obigen Liste ein:</i></p>	<p>Nr. der Medikamentengruppe</p>
---	-----------------------------------

Psychopharmakotherapie bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen in der Dauerbehandlung			
50. Mit welcher Medikamentengruppe haben Sie bei welchen Patienten besonders positive Erfahrungen gemacht? <i>Bitte kreuzen Sie an!</i> <i>(Mehrfachnennungen)</i>	lern- behindert	leicht intelligenz- gemindert	schwer intelligenz- gemindert
1. klassische Neuroleptika (eher hochpotent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. klassische Neuroleptika (eher niederpotent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. atypische Neuroleptika (eher hochpotent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. atypische Neuroleptika (eher niedrigpotent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Benzodiazepine/Anxiolytika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. trizyklische Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. SSRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Stimulantien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ATX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Phasenprophylaktika (Li, Cbz, Val)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Antidementiva/Nootropika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Antitestosteron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. pflanzliche Psychopharmaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>51. Welche Störungsbilder, Syndrome und Symptome bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen stellen Ihrer Erfahrung nach insbesondere eine Indikation für Psychopharmaka dar? <i>Erstellen Sie bitte eine Liste (mit max. 10 Indikationen) und tragen die Nr. der Medikamentengruppe aus der obigen Liste ein:</i></p>	<p>Nr. der Medikamentengruppe</p>
---	-----------------------------------

Therapiemodalitäten (Komponentenmodell nach REMSCHMIDT&MATTEJAT 2003) (Gesamtklinik; <i>geschätzt</i>)				
52. Wie viel Prozent der jeweiligen Patientengruppe erhalten Angebote aus den folgenden therapeutischen Bereichen? <i>(Mehrfachnennungen):</i>	Nicht-behinderte %	Lern-behinderte %	leicht Intelligenz-geminderte %	schwer Intelligenz-geminderte %
<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapien 				
<ul style="list-style-type: none"> • funktionelle Übungsbehandlungen 				
<ul style="list-style-type: none"> • eltern- und familienbezogene Interventionen 				
<ul style="list-style-type: none"> • andere umfeldbezogene Interventionen 				
<ul style="list-style-type: none"> • psychotrope Medikamente 				

5 Versorgungspolitische Situation

<p>53. Wie würden Sie insgesamt die derzeitige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssituation für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche mit zusätzlichen psychischen Störungen durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie einschätzen?</p>	<p>stationär/teilstationär</p> <p><input type="checkbox"/> (1) sehr gut <input type="checkbox"/> (2) gut <input type="checkbox"/> (3) befriedigend <input type="checkbox"/> (4) ausreichend <input type="checkbox"/> (5) mangelhaft <input type="checkbox"/> (6) ungenügend</p>	<p>ambulant</p> <p><input type="checkbox"/> (1) sehr gut <input type="checkbox"/> (2) gut <input type="checkbox"/> (3) befriedigend <input type="checkbox"/> (4) ausreichend <input type="checkbox"/> (5) mangelhaft <input type="checkbox"/> (6) ungenügend</p>
<p>54. Wie würden Sie derzeit insgesamt die ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche mit zusätzlichen psychischen Störungen durch psychologische Psychotherapeuten einschätzen?</p>	<p><input type="checkbox"/> (1) sehr gut <input type="checkbox"/> (2) gut <input type="checkbox"/> (3) befriedigend <input type="checkbox"/> (4) ausreichend <input type="checkbox"/> (5) mangelhaft <input type="checkbox"/> (6) ungenügend</p>	
<p>55. Wenn Sie die Situation insgesamt als mangelhaft bis ungenügend einschätzen: Welche Berufsgruppe versorgt diese Klientel am ehesten in Ihrer Region? <i>(Mehrfachnennungen)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Hausärzte <input type="checkbox"/> Kinderärzte <input type="checkbox"/> sonstige nichtpsychiatrische Ärzte <input type="checkbox"/> nichtpsychologische Therapeuten aller Art <input type="checkbox"/> pädagogischen Berufsgruppen aller Art <input type="checkbox"/> andere</p>	
<p>56. Sollten Ihrer Meinung nach die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie Spezialangebote zur Diagnostik und Therapie für diese Personengruppe vorhalten?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, alle <input type="checkbox"/> ja, aber begrenzte Anzahl in jedem Bundesland <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>57. Sollten Ihrer Meinung nach die Ambulanzen der Kliniken Spezialangebote zur Diagnostik und Therapie für diese Personengruppe entwickeln?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja, alle <input type="checkbox"/> ja, aber begrenzte Anzahl in jedem Bundesland <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>58. Sind Ihnen Universitätskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland bekannt, die ein spezielles diagnostisches und/oder therapeutisches Angebot für Intelligenzgeminderte vorhalten?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja; welche? <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>59. Sind Ihnen Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland bekannt, die ein spezielles diagnostisches und/oder therapeutisches Angebot für Intelligenzgeminderte vorhalten?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja; welche? <input type="checkbox"/> nein</p>	

60. Sind Mitglieder Ihrer Klinik (Tagesklinik/Ambulanz) in regionalen Ausschüssen oder Gremien vertreten, in denen Belange intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher behandelt werden?	<input type="checkbox"/> ja; welche? <input type="checkbox"/> nein
--	---

Wir danken Ihnen sehr herzlich für die Beantwortung der Fragen!

Falls Sie noch **Anmerkungen, Bemerkungen oder Anregungen** geben möchten, nutzen Sie bitte diese letzte Seite:

9.2 Ergänzende Tabellen

Tabelle 32: Verfügbarkeit einer Tagesklinik			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Klinik hat nur tagesklinische Plätze	2	4,3	4,5
ja, mehr als eine	21	45,7	47,7
ja, eine	18	39,1	40,9
nein	3	6,5	6,8
Gesamt	44	95,7	100,0
Fehlend	2	4,3	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 33: Platzanzahl der Tagesklinik			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 10	5	10,9	13,2
11 bis 20	17	37,0	44,7
21 bis 40	10	21,7	26,3
41 bis 80	6	13,0	15,8
Gesamt	38	82,6	100,0
Fehlend	8	17,4	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 34: Verfügbarkeit einer Ambulanz			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
ja	44	95,7	95,7
nein	2	4,3	4,3
Gesamt	46	100,0	100,0

Tabelle 35: Anzahl der Ambulanzen			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 1	15	32,6	36,6
2 bis 3	17	37,0	41,5
4 bis 5	8	17,4	19,5
6 bis 10	1	2,2	2,4
Gesamt	41	89,1	100,0
Fehlend	5	10,9	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 36: Status der Ambulanzen			
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Institusambulanz	43	75,4	97,7
Spezialambulanz	7	12,3	15,9
anderer Status	7	12,3	15,9
Gesamt	57	100	129,5

Tabelle 37: Anzahl getrennt geführter Stationen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 1	3	6,5	6,7
2 bis 5	16	34,8	35,6
6 bis 10	24	52,2	53,3
11 bis 20	2	4,3	4,4
Gesamt	45	97,8	100,0
Fehlend	1	2,2	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 38: Stationsbelegung nach Alter

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
altershomogen	19	41,3	41,3
altersinhomogen	10	21,7	21,7
beides	17	37,0	37,0
Gesamt	46	100,0	100,0

Tabelle 39: Klinikzuständigkeit für einen spez. Versorgungsbereich

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
ja	37	80,4	80,4
nein	6	13,0	13,0
nicht verbindlich geregelt	3	6,5	6,5
Gesamt	46	100,0	100,0

Tabelle 40: Einwohnerzahl im Versorgungsbereich - geschätzt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 100.000	1	2,2	3,3
100.001 bis 500.000	14	30,4	46,7
500.001 bis 1.000.000	9	19,6	30,0
1.000.001 bis 3.000.000	6	13,0	20,0
Gesamt	30	65,2	100,0
Fehlend	16	34,8	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 41: Einwohnerzahl im Versorgungsbereich - Einwohnerstatistik

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 100.000	1	2,2	12,5
100.001 bis 500.000	2	4,3	25,0
500.001 bis 1.000.000	4	8,7	50,0
1.000.001 bis 3.000.000	1	2,2	12,5
Gesamt	8	17,4	100,0
Fehlend	38	82,6	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 42: Patientenaufkommen von außerhalb des Versorgungsbereichs ausgenommen Tagesklinik/Ambulanz (in Prozent)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 10	21	45,7	61,8
11 bis 20	8	17,4	23,5
21 bis 40	3	6,5	8,8
41 bis 80	2	4,3	5,9
Gesamt	34	73,9	100,0
Fehlend	12	26,1	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 43: Übereinstimmung der Versorgungsbereiche von Klinik und Tagesklinik

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
ja	28	60,9	71,8
nein	11	23,9	28,2
Gesamt	39	84,8	100,0
Fehlend	7	15,2	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 44: Patientenaufkommen von außerhalb des Versorgungsbereichs in der Tagesklinik (in Prozent)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 10	20	43,5	66,7
11 bis 20	7	15,2	23,3
21 bis 40	3	6,5	10,0
41 bis 80	0	0,0	0,0
Gesamt	30	65,2	100,0
Fehlend	16	34,8	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 45: Übereinstimmung der Versorgungsbereiche von Klinik und Ambulanz

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
ja	24	52,2	61,5
nein	15	32,6	38,5
Gesamt	39	84,8	100,0
Fehlend	7	15,2	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 46: Patientenaufkommen von außerhalb des Versorgungsbereichs in der Ambulanz (in Prozent)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 10	13	28,3	41,9
11 bis 20	9	19,6	29,0
21 bis 40	7	15,2	22,6
41 bis 80	2	4,3	6,5
Gesamt	31	67,4	100,0
Fehlend	15	32,6	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 47: Interklinische Kooperationen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin	35	22,0%	77,8%
Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie	27	17,0%	60,0%
andere Kliniken	8	5,0%	17,8%
Einrichtungen der Jugendhilfe	38	23,9%	84,4%
Einrichtungen der Behindertenhilfe	6	3,8%	13,3%
sozialpädiatrische Zentren	15	9,4%	33,3%
niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater	18	11,3%	40,0%
andere Einrichtungen*	12	7,5%	26,7%
Gesamt	159	100,0%	353,3%

*genannt wurden: 1x Jugendamt, 1x Jugendheime, 1x Jugendhilfe, 1x Klinik für KJP Herz-Jesu, Fulda, 1x Polizei, 1x Stadt Hagen, 1x Tagesklinik d. GGP (Gesellschaft für Gesundheit und Pädagogik), 1x Versorgungsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4x andere (ohne weitere Angaben)

Tabelle 48: Anteil leicht und schwer intelligenzgeminderter stationär Aufgenommener (in Prozent)

	leicht intelligenzgemindert im Verhältnis zu schwer intelligenzgemindert			schwer intelligenzgemindert im Verhältnis zu leicht intelligenzgemindert		
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 25	0	0,0	0,0	17	37,0	81,0
über 25 bis 50	1	2,2	4,8	3	6,5	14,3
über 50 bis 75	3	6,5	14,3	1	2,2	4,8
über 75 bis 100	17	37,0	81,0	0	0,0	0,0
Gesamt	21	45,7	100,0	21	45,7	100,0
Fehlend	25	54,3		25	54,3	
Gesamt	46	100,0		46	100,0	

Tabelle 49: Anteil leicht und schwer intelligenzgeminderter in die Tagesklinik Aufgenommener (in Prozent)

	leicht intelligenzgemindert im Verhältnis zu schwer intelligenzgemindert			schwer intelligenzgemindert im Verhältnis zu leicht intelligenzgemindert		
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 25	0	0,0	0,0	16	34,8	84,2
über 25 bis 50	0	0,0	0,0	3	6,5	15,8
über 50 bis 75	3	6,5	15,8	0	0,0	0,0
über 75 bis 100	16	34,8	84,2	0	0,0	0,0
Gesamt	19	41,3	100,0	19	41,3	100,0
Fehlend	27	58,7		27	58,7	
Gesamt	46	100,0		46	100,0	

Tabelle 50: Anteil leicht und schwer intelligenzgeminderter in der Ambulanz Behandelter (in Prozent)

	leicht intelligenzgemindert im Verhältnis zu schwer intelligenzgemindert			schwer intelligenzgemindert im Verhältnis zu leicht intelligenzgemindert		
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 25	0	0,0	0,0	13	28,3	72,2
über 25 bis 50	0	0,0	0,0	4	8,7	22,2
über 50 bis 75	4	8,7	22,2	1	2,2	5,6
über 75 bis 100	12	26,1	66,7	0	0,0	0,0
Gesamt	18	39,1	100,0	18	39,1	100,0
Fehlend	28	60,9		28	60,9	
Gesamt	46	100,0		46	100,0	

**Tabelle 51: Anteil lernbehinderter Patienten an stationären Aufnahmen
(in Prozent)**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 5	8	17,4	22,2
über 5 bis 10	8	17,4	22,2
über 10 bis 20	13	28,3	36,1
über 20 bis 40	7	15,2	19,4
Gesamt	36	78,3	100,0
Fehlend	10	21,7	
Gesamt	46	100,0	

**Tabelle 52: Anteil lernbehinderter Patienten an Aufnahmen in die Tagesklinik
(in Prozent)**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 5	5	10,9	15,2
über 5 bis 10	5	10,9	15,2
über 10 bis 20	18	39,1	54,5
über 20 bis 40	5	10,9	15,2
Gesamt	33	71,7	100,0
Fehlend	13	28,3	
Gesamt	46	100,0	

**Tabelle 53: Anteil lernbehinderter Patienten an Behandelten in der Ambulanz
(in Prozent)**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 5	4	8,7	12,1
über 5 bis 10	4	8,7	12,1
über 10 bis 20	15	32,6	45,5
über 20 bis 40	10	21,7	30,3
Gesamt	33	71,7	100,0
Fehlend	13	28,3	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 54: Anteil von Kriseninterventionen im Verhältnis zu Regelbehandlungen stationär (in Prozent)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 25	6	13,0	24,0
über 25 bis 50	6	13,0	24,0
über 50 bis 75	8	17,4	32,0
über 75 bis 100	5	10,9	20,0
Gesamt	25	54,3	100,0
Fehlend	21	45,7	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 55: Anteil von Regelbehandlungen im Verhältnis zu Kriseninterventionen stationär (in Prozent)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 25	6	13,0	24,0
über 25 bis 50	10	21,7	40,0
über 50 bis 75	3	6,5	12,0
über 75 bis 100	6	13,0	24,0
Gesamt	25	54,3	100,0
Fehlend	21	45,7	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 56: Anteil von Kriseninterventionen im Verhältnis zu Regelbehandlungen in der Tagesklinik (in Prozent)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 25	17	37,0	85,0
über 25 bis 50	1	2,2	5,0
über 50 bis 75	0	0,0	0,0
über 75 bis 100	2	4,3	10,0
Gesamt	20	43,5	100,0
Fehlend	26	56,5	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 57: Anteil von Regelbehandlungen im Verhältnis zu Kriseninterventionen in der Tagesklinik (in Prozent)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 25	2	4,3	10,0
über 25 bis 50	1	2,2	5,0
über 50 bis 75	0	0,0	0,0
über 75 bis 100	17	37,0	85,0
Gesamt	20	43,5	100,0
Fehlend	26	56,5	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 58: Anteil von Kriseninterventionen im Verhältnis zu Regelbehandlungen in der Ambulanz (in Prozent)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 25	14	30,4	60,9
über 25 bis 50	8	17,4	34,8
über 50 bis 75	0	0,0	0,0
über 75 bis 100	1	2,2	4,3
Gesamt	23	50,0	100,0
Fehlend	23	50,0	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 59: Anteil von Regelbehandlungen im Verhältnis zu Kriseninterventionen in der Ambulanz (in Prozent)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
bis 25	1	2,2	4,3
über 25 bis 50	2	4,3	8,7
über 50 bis 75	7	15,2	30,4
über 75 bis 100	13	28,3	56,5
Gesamt	23	50,0	100,0
Fehlend	23	50,0	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 60: alternativer Behandlungsort Intelligenzgeminderter bei Fehlen einer Spezialstation

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Normalstation	41	69,5%	97,6%
Aufnahmestation	18	30,5%	42,9%
Gesamt	59	100,0%	140,5%

Tabelle 61: Verfügbarkeit eines aufsuchenden Dienstes außerhalb der Stationen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
ja	12	26,1	26,7
nein	33	71,7	73,3
Gesamt	45	97,8	100,0
Fehlend	1	2,2	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 62: Verfügbarkeit eines Spezialangebots für mehrfach Behinderte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
ja	6	13,0	13,6
nein	38	82,6	86,4
Gesamt	44	95,7	100,0
Fehlend	2	4,3	
Gesamt	46	100,0	

Tabelle 63: diagnostische Tests

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Intelligenzdiagnose	42	28,6%	95,5%
Leistungsdiagnose	35	23,8%	79,5%
Persönlichkeitsdiagnose	30	20,4%	68,2%
Familiendiagnose	40	27,2%	90,9%
Gesamt	147	100,0%	334,1%

Tabelle 64: Informationsquellen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Patient	44	27,8%	100,0%
Sorgeberechtigter	44	27,8%	100,0%
Erzieher/Lehrer	41	25,9%	93,2%
Verwandte	29	18,4%	65,9%
Gesamt	158	100,0%	359,1%

Tabelle 65: Organmedizinische Diagnostik bei Intelligenzgeminderten

	routinemäßig		optional	
	ja	nein	ja	nein
1. EEG	69,2%	30,8%	94,7%	5,3%
2. Chromosomenanalyse	6,5%	93,5%	100,0%	0,0%
3. molekulargenetische Untersuchungen	6,7%	93,3%	84,8%	15,2%
4. bildgebende Verfahren (CCT, MRT)	25,8%	74,2%	100,0%	0,0%
5. bildgebende Verfahren (PET, SPECT)	0,0%	100,0%	34,5%	65,5%
6. spezielle Stoffwechseluntersuchungen	10,0%	90,0%	86,5%	13,5%
7. andere	16,7%	83,3%	63,6%	36,4%

Tabelle 66: Leitkonzept der Klinik

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
tiefenpsychologisch, analytisch	13	13,7%	28,9%
verhaltenstherapeutisch, lerntheoretisch	21	22,1%	46,7%
familientherapeutisch	14	14,7%	31,1%
systemisch	15	15,8%	33,3%
schulenübergreifend	30	31,6%	66,7%
anderes	2	2,1%	4,4%
Gesamt	95	100,0%	211,1%

Tabelle 67: Therapeutisches Klinikangebot nach versorgender Berufsgruppe

	Berufsgruppen			Gesamt
	Ärzte/ Psychologen	therapeut/ Sozialdienst	Pflege-/ Erziehungsdienst	
therapeutisches Gespräch	43	22	14	46
	93,5%	47,8%	30,4%	
tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie	33	4	0	46
	71,7%	8,7%	0,0%	
verhaltenstherapeutisch/lerntheoretisch orientierte Psychotherapie	44	10	7	46
	95,7%	21,7%	15,2%	
Spieltherapie	32	13	5	46
	69,6%	28,3%	10,9%	
körperorientierte Therapien	7	31	9	46
	15,2%	67,4%	19,6%	
Entspannungsverfahren, Snoezelen	15	33	27	46
	32,6%	71,7%	58,7%	
kreative Therapien (Kunsttherapie, Musiktherapie u.a.)	5	39	10	46
	10,9%	84,8%	21,7%	
funktionelle Therapien, spezielle Übungsbehandlungen (Moto-, Logo-, Ergotherapie u.a.)	4	38	6	46
	8,7%	82,6%	13,0%	
Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie	2	35	16	46
	4,3%	76,1%	34,8%	
Elternberatung	43	25	23	46
	93,5%	54,3%	50,0%	
Familientherapie, systemische FT	41	13	8	46
	89,1%	28,3%	17,4%	
spezielles Elterntraining	33	24	21	46
	71,7%	52,2%	45,7%	
Gruppentherapie (Patienten)	40	22	20	46
	87,0%	47,8%	43,5%	
therapeutisches Stationsmilieu	20	19	38	46
	43,5%	41,3%	82,6%	
Interventionen in Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz	23	25	12	46
	50,0%	54,3%	26,1%	
Psychoedukation	42	24	23	46
	91,3%	52,2%	50,0%	
Fall-/Helferkonferenzen	43	33	19	46
	93,5%	71,7%	41,3%	

Tabelle 68: Empfehlung therapeutischer Angebote bei Intelligenzgeminderten nach Grad der Einschränkung

	Grad der Einschränkung			
	lernbehindert	leicht intelligenzgemindert	schwer intelligenzgemindert	Gesamt
therapeutisches Gespräch	39	30	13	
	84,8%	65,2%	28,3%	46
tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie	11	3	1	
	23,9%	6,5%	2,2%	46
verhaltenstherapeutisch/lerntheoretisch orientierte Psychotherapie	39	40	28	
	84,8%	87,0%	60,9%	46
Spieltherapie	31	28	15	
	67,4%	60,9%	32,6%	46
körperorientierte Therapien	27	29	29	
	58,7%	63,0%	63,0%	46
Entspannungsverfahren, Snoezelen	32	36	33	
	69,6%	78,3%	71,7%	46
kreative Therapien (Kunsttherapie, Musiktherapie u.a.)	36	38	27	
	78,3%	82,6%	58,7%	46
funktionelle Therapien, spezielle Übungsbehandlungen (Moto-, Logo-, Ergotherapie u.a.)	38	39	35	
	82,6%	84,8%	76,1%	46
Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie	34	36	26	
	73,9%	78,3%	56,5%	46
Elternberatung	43	43	41	
	93,5%	93,5%	89,1%	46
Familientherapie, systemische FT	38	29	17	
	82,6%	63,0%	37,0%	46
spezielles Elterntraining	38	39	35	
	82,6%	84,8%	76,1%	46
Gruppentherapie (Patienten)	35	20	8	
	76,1%	43,5%	17,4%	46
therapeutisches Stationsmilieu	40	40	36	
	87,0%	87,0%	78,3%	46
Interventionen in Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz	35	36	33	
	76,1%	78,3%	71,7%	46
Psychoedukation	40	31	20	
	87,0%	67,4%	43,5%	46
Fall-/Helferkonferenzen	43	42	41	
	93,5%	91,3%	89,1%	46

Tabelle 69: Versorgende Berufsgruppen Intelligenzgeminderter mit psychischen Störungen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Hausärzte	15	18,3%	44,1%
Kinderärzte	26	31,7%	76,5%
sonstige nichtpsychiatrische Ärzte	6	7,3%	17,6%
nichtpsychologische Therapeuten aller Art	8	9,8%	23,5%
pädagogische Berufsgruppen aller Art	20	24,4%	58,8%
andere	7	8,5%	20,6%
Gesamt	82	100,0%	241,2%

Tabelle 70: Universitätskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Spezialangebot für psychisch kranke Intelligenzgeminderte bekannt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze
ja, welche?*	26	56,5	57,8
nein	19	41,3	42,2
Gesamt	45	97,8	100,0
Fehlend	1	2,2	
Gesamt	46	100,0	

*genannt wurden: 16x Rostock, 6x Würzburg, 2x Viersen, 2x Ulm, 1x München, 1x Essen, 1x Dresden, 1x Frankfurt, 1x Hamburg, 1x Osnabrück, 1x Leipzig, 3x andere (ohne weitere Angaben)

Tabelle 71: Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Spezialangebot für psychisch kranke Intelligenzgeminderte bekannt

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze
ja, welche?*	14	30,4	31,1
nein	31	67,4	68,9
Gesamt	45	97,8	100,0
Fehlend	1	2,2	
Gesamt	46	100,0	

*genannt wurden: 8x TK Bernsteinstraße Stuttgart, 1x Stuttgart Dr. Menzel, 1x KJP Viersen, 1x Liebenau, 1x Werner Otto Institut, 1x Marienburg Wilhelmsstift Schleswig, 2x andere (ohne weitere Angaben)

Tabelle 72: Vertretensein von Klinikmitgliedern in regionalen Ausschüssen/Gremien für Intelligenzgeminderte

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze
ja, welche?*	20	43,5	44,4
nein	25	54,3	55,6
Gesamt	45	97,8	100,0
Fehlend	1	2,2	
Gesamt	46	100,0	

*genannt wurden: 6x PSAG (psychosoziale Arbeitsgemeinschaft), 2x LAG (Landesarbeitsgemeinschaft) Baden-Württemberg, 1x LAG (Landesarbeitsgemeinschaft) d. Chefärzte v. Kinder- und Jugendpsychiatrie in Sachsen, 1x Runder Tisch, 1x Landespsychiatriebeirat, 1x AG Jugendhilfe und Psychiatrie, 1x Arbeitskreis KJP, 1x Arbeitskreis Reha, 1x BAG-Regional, 1x HPKJ Bodenseekreis, sozialpsychiatrischer Arbeitskreis, 1x BAG, 1x Clearing, 1x Gesundheitskonferenz, 1x Netzwerk Autismus Oberschwaben, 1x KJPP, 3x andere (ohne weitere Angaben)

10 Selbstständigkeitserklärung

Ich, Julia Päckert, geb. am 27.10.1987 in Berlin, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation unter der Betreuung von Prof. Dr. Frank Häßler selbständig, ohne Nutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Die Dissertation wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde in gleicher oder ähnlicher Form vorgelegt. Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Dokortitels nicht vorliegt.

Julia Päckert

Rostock, 2018

11 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Frank Häßler für die wertvollen Ratschläge und die kompetente Betreuung während der Erstellung der Arbeit.

Herzlichen Dank auch an Herrn Dr. Helmut Soder für seine Geduld und die Unterstützung insbesondere bei der statistischen Auswertung meiner Daten.

12 Thesen

(1) Menschen mit Intelligenzminderung haben Anspruch auf gleichwertige medizinische Versorgung wie geistig und körperlich Gesunde, bedürfen aber gleichzeitig der besonderen Fürsorge und speziellen medizinischen Versorgung. Sie dürfen aufgrund Ihrer Behinderung nicht diskriminiert werden.

(2) Das Risiko für Komorbiditäten, insbesondere für psychische Störungen, ist bei Menschen mit Intelligenzminderung erhöht. Vor allem die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungslage von intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen mit gleichzeitigen psychischen Störungen erweist sich bislang als defizitär. Es fehlt sowohl an evidenzbasierter klinischer Forschung zum Thema, als auch an spezialisierten, für alle zugänglichen Behandlungskonzepten sowie zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen, um den besonderen Behandlungsbedürfnissen dieser Patientengruppe gerecht zu werden.

(3) Zur Behandlung psychischer Störungen bei jungen Patienten mit Intelligenzminderung können neben Psychopharmaka auch psycho- und soziotherapeutische sowie pädagogische Maßnahmen eingesetzt werden. Grundsätzlich kommt der Einsatz aller Psychotherapieformen in Frage, Interventionen müssen jedoch stets an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Patienten angepasst und ihr Entwicklungsstand berücksichtigt werden. Die medikamentöse Therapie sollte im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzepts und nach differentieller Indikationsstellung erfolgen.

(4) Um Aussagen darüber treffen zu können, in welchem Umfang und mit welchen Methoden intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche mit gleichzeitigen psychischen Störungen im ambulanten bzw. teil- und vollstationären Bereich psychiatrisch-psychotherapeutisch betreut werden, wurde in Abstimmung mit der Kommission „Intelligenzminderung und Inklusion“ der drei Fachgesellschaften DGKJP, BKJPP und BAG ein Fragebogen erstellt. Dieser wurde an die Leiter der insgesamt 138 Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie in Deutschland übermittelt. Von allen verteilten Fragebögen konnten 46 für die Untersuchung herangezogen werden.

(5) Das gewonnene Datenmaterial wurde via SPSS in deskriptiven Statistiken ausgegeben und grafisch und tabellarisch aufbereitet. Die Korrelation zweier Variablen wurde bei der Analyse von Häufigkeiten mithilfe des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson bzw. Mittelwerten mithilfe des t-Tests für eine Stichprobe berechnet.

(6) Der Großteil der einbezogenen Einrichtungen gehörte zu den mittelgroßen Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin oder als Abteilung zu einem Allgemeinkrankenhaus mit ebenfalls mittelgroßem Versorgungsbereich. Der absolute und relative Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung am gesamten Patientenaufkommen der befragten Kliniken war sowohl im stationären als auch tagesklinischen und ambulanten Bereichen sehr gering; wenn überhaupt, wurden vorrangig leicht intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche behandelt. Über spezielle stationäre und / oder ambulante Angebote für die Diagnostik und Therapie intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher verfügten von den befragten nur sehr wenige Häuser.

(7) Bei den intelligenzgeminderten Patienten, die behandelt wurden, traten Störungsbilder aus allen Diagnoseklassen der ICD-10 mit einem Schwerpunkt bei Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit / Jugend und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen auf. Nichtmedikamentöse Behandlungsformen wurden verhältnismäßig häufiger genutzt als psychotrope Medikamente. Ihr Einsatz, insbesondere der von Psychotherapien, nahm mit steigendem Einschränkungsgang der Patienten ab, während die Prävalenz von Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika jeglicher Potenz, mit zunehmender Stärke der Intelligenzminderung zunahm.

(8) Die Versorgungssituation intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher mit gleichzeitigen psychischen Störungen wurde von den Leitern der Kliniken überwiegend als mangelhaft eingeschätzt. Mit einer Durchschnittsnote von 5,1 fiel die Bewertung der Versorgung durch psychologische Psychotherapeuten noch schlechter aus als jene aus dem stationären und ambulanten Bereich mit den Durchschnittsnoten 4,1 bzw. 4,3.

(9) Obwohl der Anteil hilfebedürftiger intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher

aufgrund erhöhter Vulnerabilität für v. a. psychische Komorbiditäten deutlich über dem Durchschnitt Hilfebedürftiger in der Allgemeinbevölkerung liegen müsste, konnte in den letzten Jahren kein deutlicher Anstieg der Behandlungsintensität intelligenzgeminderter Patienten an den deutschen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie verzeichnet werden. V. a. schwer intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche sind in der Patientenschaft unterrepräsentiert. Die Wirksamkeit stationärer Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und gleichzeitigen psychischen Störungen sowie die Notwendigkeit entsprechender spezialisierter Angebote konnte zwar in der Vergangenheit eindeutig nachgewiesen werden, trotzdem existieren weiterhin nur wenig Spezialangebote für diese besondere Patientengruppe.

(10) In der Therapie intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher existieren nach wie vor einige wenig nachvollziehbare Differenzierungen der Angebotshäufigkeit von Interventionen nach Einschränkungsggrad. Nichtmedikamentöse Formen der Therapie kommen überwiegend leicht intelligenzgeminderten jungen Patienten zu Gute, während bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit schwerer Intelligenzminderung weiterhin der Einsatz von Psychopharmaka im Vordergrund steht. Für eine optimale Behandlung von Menschen mit und ohne Intelligenzminderung sollte Psychotherapie und Psychopharmakotherapie sinnvoll kombiniert werden.

(11) Insgesamt besteht weiterhin eine deutliche psychiatrisch-psychotherapeutische Unterversorgung intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher insbesondere bei ernsthaften psychischen Belastungen. Es fehlt sowohl an evidenzbasierter Forschung zum Thema als auch an spezialisierten, für alle zugänglichen Behandlungskonzepten sowie an zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen, um den besonderen Behandlungsbedürfnissen dieser Patientengruppe gerecht zu werden. In Zukunft sollten Forschungsvorhaben zum Thema Intelligenzminderung vorangetrieben, mehr entsprechende Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Mediziner und Angehörige anderer im Gesundheitsbereich tätiger Berufsgruppen geboten, mehr Spezialangebote für Menschen mit Intelligenzminderung geschaffen, die Kooperation der verschiedenen Helfersysteme innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems gefördert und

Restriktionen im nichtmedikamentösen Therapieangebot v. a. bei schwer
intelligenzgeminderten Patienten sowie der Einsatz von Psychopharmaka kritisch
hinterfragt werden.