

# Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

<b>Konsortialführung:</b>	Universitätsklinikum der TU Dresden Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie apl. Prof. Dr. sc. hum. habil. Dipl.-Psych. Matthias Schützwahl
<b>Förderkennzeichen:</b>	01VSF20021
<b>Akronym:</b>	LePP-ID
<b>Projekttitel:</b>	Erarbeitung von Handlungskatalogen zur Umsetzung existierender Leitlinien zur Psychopharmakotherapie bei Personen mit intellektueller Entwicklungsstörung
<b>Autoren:</b>	Matthias Schützwahl, Indra Krönke, Annegret Reupert (TU Dresden) Silvia Krumm, Lea Mayer, Nicole Stasch (Universität Ulm)
<b>Förderzeitraum:</b>	1. April 2021 – 30. September 2022

## Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	2
II.	Abbildungsverzeichnis.....	2
III.	Tabellenverzeichnis.....	2
1.	Zusammenfassung.....	3
2.	Beteiligte Projektpartner.....	4
3.	Projektziele.....	4
4.	Projektdurchführung.....	5
5.	Methodik.....	6
6.	Projektergebnisse.....	9
7.	Diskussion der Projektergebnisse.....	13
8.	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	14
9.	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	15
10.	Literaturverzeichnis.....	15
11.	Anhang.....	16
12.	Anlagen.....	16

## I. Abkürzungsverzeichnis

IE	Intellektuelle Entwicklungsstörung
PPT	Psychopharmakotherapie
TP1	Teilprojekt 1
TP2	Teilprojekt 2
TP3	Teilprojekt 3

## II. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1	Beispiel einer Maßnahmenbeschreibung .....	12
--------	--	----

## III. Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Beteiligte Projektpartner .....	4
Tab. 2.	Übersicht über die Maßnahmen und deren Zuordnung zu Themenbereichen ....	10

## 1. Zusammenfassung

### Hintergrund

Personen mit Intellektueller Entwicklungsstörung (IE) haben häufig einen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgungsbedarf. Psychopharmaka sind ein wesentlicher Bestandteil einer in der Regel multimodalen Behandlung. Vor allem aber Neuroleptika werden, das haben Studien gezeigt, zu häufig und trotz fehlender Evidenz verordnet, die entsprechenden Leitlinienempfehlungen in der Versorgungspraxis nicht ausreichend berücksichtigt.

Die Verantwortung für die Umsetzung vorhandener Leitlinienempfehlungen liegt nach allgemeinem Verständnis bei den in der Versorgungspraxis handelnden Akteurinnen und Akteuren. Ihnen kommt es zu, die Leitlinienempfehlungen an die vorhandenen strukturellen und personellen Gegebenheiten zu adaptieren und Maßnahmen zur Umsetzung zu implementieren.

Ziel der LePP-ID – Studie war es vor diesem Hintergrund, einen möglichst allgemeingültigen Maßnahmenkatalog zu entwickeln und bundesweit zu disseminieren, der zu einer leitliniengerechteren psychopharmakologischen Behandlung von in institutionalisierten Wohnformen lebenden Personen mit IE beitragen soll.

### Methodik

Nach einer qualitativen Befragung von n=15 Expert:innen wurden in nach dem Modell der ärztlichen Versorgung ausgewählten Wohnheimen für Menschen mit IE in Baden-Württemberg (n=7), Bayern (n=5) und Sachsen (n=10) Fokusgruppen mit nominaler Gruppentechnik durchgeführt. An diesen nahmen die Mitarbeiter:innen der Wohneinrichtungen und, falls möglich, die für die Psychopharmakotherapie (PPT) der dortigen Bewohner:innen zuständigen ärztlichen Fachpersonen teil, um in konkreter und praktischer Form Maßnahmen zu entwickeln, die zu einer möglichst leitliniengerechten PPT der Bewohner:innen der eigenen Wohneinrichtung beitragen können.

Die erarbeiteten Maßnahmen wurden anschließend im intersubjektiven Austausch und konsensuellem Abgleich auf Gemeinsamkeiten hin untersucht. Es wurden Maßnahmen identifiziert und in einem Katalog zusammengestellt, die in Wohneinrichtungen mit unterschiedlichen Organisationsstrukturen angewendet werden können.

### Ergebnisse

Zentrales Projektergebnis ist der Maßnahmenkatalog, der insgesamt n=67 Maßnahmen umfasst und im Ergebnis einer umfassenden Dissemination ca. 1.850 Wohneinrichtungen für Menschen mit IE sowie Heimaufsichtsbehörden aller Bundesländer zur Verfügung steht.

### Diskussion

Mit dem Maßnahmenkatalog sind die in ihrer ursprünglichen Form wenig konkreten Leitlinienempfehlungen erstmalig an die vorhandenen strukturellen und personellen Gegebenheiten adaptiert und in Wohneinrichtungen mit unterschiedlichen ärztlichen Versorgungsmodellen anwendbar. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies die Versorgungspraxis im weiteren Verlauf nach Abschluss der Förderung beeinflussen kann. Ein Beleg hierfür liegt allerdings nicht vor, die Überprüfung, möglichst mittels einer clusterrandomisierten Studie mit Prä-Post-Erhebungen im Kontrollgruppenvergleich, steht aus.

## 2. Beteiligte Projektpartner

Tab. 1: Beteiligte Projektpartner

Einrichtung / Institut	Ansprechpartner:in	Rolle / Verantwortlichkeit
Universitätsklinikum der TU Dresden Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Prof. Dr. Matthias Schützwahl	<b>Konsortialführung:</b> Projektleitung
Universität Ulm Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II	Prof. Dr. phil. Silvia Krumm	<b>Konsortialpartnerin:</b> Methodik qualitativer Teil

## 3. Projektziele

### Hintergrund

Personen mit Intellektueller Entwicklungsstörung (IE) haben häufig einen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgungsbedarf, weil sie zum Beispiel an einer psychischen Störung erkrankt sind oder aber aus anderen Gründen Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die einen psychiatrischen oder auch einen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf implizieren, zum Beispiel selbst- oder fremdaggressives Verhalten, einen außergewöhnlichen sozialen Rückzug oder auch ein als „sonderbar“ oder „bizarr“ wahrgenommenes Verhalten, das unangemessen erscheint und die Person selbst oder das Umfeld belastet.

Dieser Versorgungsbedarf ist leider sehr häufig nur unzureichend gedeckt. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass es zu wenige Psychiater:innen oder Psychotherapeut:innen gibt, die sich in der Behandlung von Personen mit IE ausreichend qualifiziert fühlen. Das Thema ist noch immer sehr selten Gegenstand von Aus- und Weiterbildung, und auch die Forschung beschäftigt sich nur sehr begrenzt mit der Thematik. Studien, die sich zum Beispiel mit der Wirksamkeit von Psychotherapie oder auch von anderen nicht-psychopharmakologischen Interventionen bei Personen mit IE beschäftigen, liegen kaum vor.

Unabhängig davon sind Psychopharmaka auch bei Personen mit einer IE ein wesentlicher Bestandteil einer in der Regel multimodalen Behandlung. Allerdings sollten sie nur bei eindeutiger Indikationsstellung sowie unter Beachtung ethischer Grundprinzipien verordnet werden. Verhaltensauffälligkeiten sollten allenfalls vorübergehend und nicht ausschließlich psychopharmakologisch behandelt werden.

Aus aktuellen Studien ist jedoch bekannt, dass diese Grundsätze auch in Deutschland nicht ausreichend berücksichtigt werden. Vor allem Neuroleptika werden zu häufig und trotz fehlender Evidenz z.B. zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten verordnet. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wurden von verschiedenen Autorinnen und Autoren Leitlinien zum Einsatz von Psychopharmaka bei Personen mit IE vorgelegt (AWMF 2021; Deb et al. 2009; NICE 2017; Trollor et al. 2016).

Die Zielstellungen dieser Leitlinienempfehlungen, die im Anhang A tabellarisch zusammengefasst sind, sind umfassend. Ein zentraler Grundsatz ist zum Beispiel, dass Verordnung und Behandlung patientenzentriert erfolgen und damit vor allem den wohlverstandenen Bedürfnissen und Interessen der Patienten entsprechen sollen. Die Angehörigen sowie bei in einem Wohnheim lebenden Personen mit IE auch die dort tätigen Mitarbeitenden sind in die Behandlung einzubeziehen und zu unterstützen. Im gesamten Verlauf einer Psychopharmakotherapie (PPT) muss sichergestellt werden, dass Psychopharmaka nur nach umfassender Diagnostik verordnet werden und dass die

Indikationsstellung regelhaft überprüft wird; Dosisreduktionen sind regelhaft in Erwägung zu ziehen. Die im Rahmen einer Verordnung notwendigen körperlichen, apparativen und laborchemischen Untersuchungen sind regelmäßig in erforderlichen Abständen durchzuführen. Es ist zudem sicherzustellen, dass die Einnahmevervorschriften beachtet und Wirkungen und Nebenwirkungen möglichst standardisiert erhoben werden. Die Optionen einer nicht-psychopharmakologischen Behandlung der Symptomatik sind regelhaft zu prüfen.

Während die Verantwortung für die Erstellung von Leitlinien in den Händen von Fachgesellschaften oder anderer Organisationen liegt und ein Teil möglicher Maßnahmen zur Leitlinienimplementierung überregional geleistet werden kann (z.B. die Entwicklung von Versionen für Anwenderinnen bzw. Anwender und Patientinnen bzw. Patienten; z.B. die Definition von Qualitätsindikatoren zur Messung der Leitlinienkonformität), liegt die Verantwortung für die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen nach allgemeinem Verständnis letztlich bei den handelnden Akteurinnen und Akteuren. Mit Blick auf die PPT bei in Wohnheimen lebenden Personen mit IE liegt die Verantwortung also ganz wesentlich bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Wohnheimen, wobei sich die jeweiligen konkreten Aufgaben, wie im Anhang B aufgezeigt, ergänzen (Koch u. Dobrindt 2020).

Um dieser Verantwortung möglichst umfassend gerecht werden zu können, sollten von den Verantwortlichen Überlegungen angestellt und Maßnahmen entwickelt werden, die vor dem Hintergrund der im Arbeitsalltag vorhandenen strukturellen und personellen Gegebenheiten zu einer möglichst leitliniengerechten PPT beitragen können.

#### Ziel

Ziel der LePP-ID – Studie war es vor dem skizzierten Hintergrund, ausgehend von eigenen Vorarbeiten, im Austausch und in Zusammenarbeit mit in der Praxis tätigen Expert:innen einen möglichst allgemeingültigen Maßnahmenkatalog zu entwickeln und bundesweit zu disseminieren. Er soll zu einer leitliniengerechteren psychopharmakologischen Behandlung von in institutionalisierten Wohnformen lebenden Personen mit IE beitragen.

## 4. Projektdurchführung

Die Projektdurchführung verlief in enger Abstimmung und Kooperation zwischen den beteiligten Projektpartnern und weitgehend in Übereinstimmung mit dem im Projektantrag vorgelegten Arbeits- und Zeitplan (vgl. Anhang C).

Im Rahmen der **Studienvorbereitung** wurden der Forschungsstand aktualisiert und die aus früheren Studien bzw. aus Vorstudien bekannten Wohneinrichtungen in Baden-Württemberg (n=90) und Sachsen (n=114) zu dem Modell der ärztlichen Versorgung befragt. Der Fokus der Literatur- und Datenbankrecherchen lag auf der Veröffentlichung neuer Leitlinien sowie neuer Studien zur Leitlinienimplementierung. Es fand sich erwartungsgemäß kein Hinweis, aus dem sich Konsequenzen für den weiteren Projektverlauf ergeben hätten. Die Rücklaufquoten aus der schriftlichen Befragung der Wohneinrichtungen lagen bei 63,3% in Baden-Württemberg und bei 45,6% in Sachsen. Die Wohneinrichtungen berichteten in der Studienregion Sachsen entgegen der Erwartung überwiegend ein „gemischtes“ Modell der ärztlichen Versorgung (71,1%), nach dem ein Teil der Bewohner:innen „aufsuchend“ versorgt wird (d.h. der Arzt bzw. die Ärztin sucht die Bewohner:innen in der Wohneinrichtung auf) und ein anderer Teil der Bewohner:innen im Rahmen einer „Komm-Struktur“ die Arztpraxis aufsucht. In Baden-Württemberg fand sich überwiegend (67,7%) das Modell einer „Komm-Struktur“.

Mit dem Ziel, Faktoren zu identifizieren, die aus Sicht der Versorgungspraxis für die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen hinderlich oder förderlich sind, wurden zwischen Juni und August 2021 in einem ersten Teilprojekt (**TP1**) Interviews mit Expert:innen geführt, d.h. mit Leitungspersonen von Wohnheimen für Personen mit IE sowie mit Ärztinnen und Ärzten, die für die PPT von Personen mit IE zuständig sind.

Die auf Basis der Interviews mit den Expert:innen gewonnenen Informationen dienten der inhaltlichen Vorbereitung und Strukturierung von halbtägigen Workshops, die, aufgrund der Corona-Pandemie und der damit erschwerten Zugangsvoraussetzungen etwas später als laut Projektantrag vorgesehen, zwischen Januar und Juni 2022 in einem zweiten Teilprojekt (**TP2**) mit Mitarbeitenden aus insgesamt n=22 Wohnheimen in Baden-Württemberg (n=7), Bayern (n=5) und Sachsen (n=10) sowie, zumeist, den dort für die Verordnung von Psychopharmaka zuständigen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt wurden. Um der Realität im Feld gerecht zu werden, wurden im Rahmen der angestrebten clusterrandomisierten Rekrutierung entgegen der ursprünglichen Planung nicht nur Wohneinrichtungen mit einem „aufsuchenden“ Modell der ärztlichen Versorgung oder einer „Komm-Struktur“ um Teilnahmebereitschaft gebeten, sondern vor allem auch Wohneinrichtungen mit einem „gemischten“ Modell kontaktiert.

In einem dritten Teilprojekt (**TP3**) wurden die erarbeiteten Maßnahmen aller teilnehmenden Wohneinrichtungen im intersubjektiven Austausch und konsensuellen Abgleich verglichen und in einem allgemeingültigen Maßnahmenkatalog zusammengefasst (Schützwohl et al. 2022). Mit dem Ziel einer möglichst nutzerfreundlichen Aufbereitung geschah dies in Zusammenarbeit mit einer über einen Werkvertrag finanzierten Fachkraft für Kommunikationsgestaltung. Der Maßnahmenkatalog wird als zentrales Ergebnis der LePP-ID – Studie ausführlich beschrieben (vgl. Kap. 6.).

Zum **Projektabschluss** am 30.09.2022 wurden der Maßnahmenkatalog bzw. der Link<sup>1</sup> zu diesem Maßnahmenkatalog anhand vorliegender bzw. aktualisierter Adressdatenbanken an knapp 2.000 Wohneinrichtungen für Menschen mit IE sowie an die Heimaufsichtsbehörden aller Bundesländer versendet.

## 5. Methodik

### 5.1 Teilprojekt 1. Expertenbefragung

#### Zielpopulation und Rekrutierung

Zielpersonen der Expertenbefragung waren Leitungspersonen aus Wohneinrichtungen für Menschen mit IE sowie ärztliches Fachpersonal, das seit längerer Zeit für die Versorgung und speziell für die PPT von in diesen Wohneinrichtungen lebenden Menschen mit IE verantwortlich ist. Um die Varianz im Feld abzubilden, sollten die Teilnehmenden in jedem Projektzentrum unter Berücksichtigung regionaler und einrichtungsbezogener Faktoren rekrutiert werden.

Mit diesem Ziel konnten angesichts bestehender Vorarbeiten im Feld gezielt Expert:innen angefragt werden; zudem haben wir weiteres ärztliches Fachpersonal kontaktiert, das in spezialisierten Versorgungseinrichtungen tätig ist. Insgesamt wurden nach dem Prinzip der theoretischen Sättigung zwischen Juni und August 2021 in Baden-Württemberg, Bayern und Sachsen n=15 Expert:innen nach entsprechender Einwilligungserklärung rekrutiert, davon n=8 Leitungspersonen aus Wohneinrichtungen. Die

---

<sup>1</sup> [https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/psy/forschung-und-lehre-1/forschungsbereiche-1/forschungsbereich-psi/psychiatrische-versorgungsforschung-1/abgeschlossene-projekte/Manahmenkatalog\\_LePPID.pdf](https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/psy/forschung-und-lehre-1/forschungsbereiche-1/forschungsbereich-psi/psychiatrische-versorgungsforschung-1/abgeschlossene-projekte/Manahmenkatalog_LePPID.pdf)

Teilnehmenden waren im Durchschnitt seit über 20 Jahren im Feld tätig (min: 2 Jahre; max: 40 Jahre) und arbeiteten aktuell unter unterschiedlichen ärztlichen Versorgungsmodellen („aufsuchend“: n=4; „Komm-Struktur“: n=3; „gemischtes Modell“: n=8) sowie unter unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten („Stadt“: n=8; „Land“: n=7); sie erhielten als Aufwandsentschädigung einen Büchergutschein im Wert von 30 €.

#### Datenerhebung und -auswertung

Vor dem Hintergrund der Coronapandemie und der zum Teil beschränkten Zugangsvoraussetzungen wurden die Interviews über das Videokonferenztool ‚Zoom‘ durchgeführt; sie dauerten zwischen 33 und 88 Minuten (MW=57).

Basis der semistrukturierten qualitativen Befragung war ein strukturierender Interviewleitfaden (vgl. Anlage 1), der im intensiven Austausch zwischen den beiden Projektzentren aufbauend auf den Vorarbeiten der Projektleitung (Koch et al. 2021; Schützwahl et al. 2016, 2017; Schützwahl u. Sappok 2020) und methodisch orientiert an Bogner et al. (2014) entwickelt worden war. Inhaltlicher Schwerpunkt waren die förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Umsetzung der Leitlinienempfehlungen, konkret in den Bereichen „Patientenzentriertheit“, „Aufklärung der Person mit IE“, „Rolle der Mitarbeiter:innen“, „Verordnung und Überwachung der Einnahme“, „Bedarfsmedikation“ sowie „Berücksichtigung nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen“ (Schützwahl u. Sappok 2020).

Alle Interviews wurden aufgezeichnet und die Audiodateien zur weiteren Auswertung transkribiert und anonymisiert. Für die Vorbereitung der Fokusgruppen wurde eine erste zusammenfassende Analyse durchgeführt, in deren Ergebnis drei Themenfelder identifiziert wurden, die nach Ansicht der Expert:innen wesentlich zur Leitlinienadhärenz beitragen (vgl. Anlage 2). Die Fragestellungen der Fokusgruppen wurden anhand dieser drei Themenfelder festgelegt.

Mit dem Ziel weitergehender Analysen wurde das Datenmaterial nach der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Kuckartz 2018) ausgewertet.

## 5.2 Teilprojekt 2. Entwicklung einrichtungsbezogener Maßnahmen

### Zielpopulation und Rekrutierung

Die Entwicklung einrichtungsbezogener Maßnahmen erfolgte im Rahmen von Workshops mit Mitarbeiter:innen aus Wohneinrichtungen für Menschen mit IE sowie, falls möglich, den für die PPT der dortigen Bewohner:innen zuständigen ärztlichen Fachpersonen. Vor dem Hintergrund, dass dem Modus der regulären Arztvisiten ein bedeutsamer Einfluss auf die Qualität der Psychopharmakotherapie zugeschrieben werden kann (Schützwahl et al., 2022), sollten die Wohneinrichtungen in Baden-Württemberg und Sachsen clusterrandomisiert nach dem Modell der ärztlichen Versorgung rekrutiert werden.

Um Informationen zum ärztlichen Versorgungsmodell zu erheben, wurden die aus früheren Studien bzw. die aus Vorstudien bekannten Wohneinrichtungen in Baden-Württemberg (n=90) und Sachsen (n=114) zu dem Modell der ärztlichen Versorgung befragt.

In Baden-Württemberg antworteten n=57 Wohneinrichtungen (63,3%). Von einem „gemischtem“ Modell, nach dem ein Teil der Bewohner:innen „aufsuchend“ versorgt wird (d.h. der Arzt bzw. die Ärztin sucht die Bewohner:innen in der Wohneinrichtung auf) und ein anderer Teil der Bewohner:innen im Rahmen einer „Komm-Struktur“ die Arztpraxis aufsucht, berichteten n=19 Wohneinrichtungen. Ein ausschließlich aufsuchendes Modell lag bei n=7 Wohneinrichtungen vor; überwiegend (n=31) wurden die Bewohner:innen ausschließlich nach dem Modell der „Komm-Struktur“ ärztlich betreut.



In Sachsen antworteten n=52 Wohneinrichtungen (45,6%), die überwiegend (n=37) von einem „gemischten“ Modell berichteten. Ein ausschließlich aufsuchendes Modell lag bei n=9 Wohneinrichtungen vor, ausschließlich nach dem Modell der „Komm-Struktur“ wurden die Bewohner:innen von n=6 Wohneinrichtungen ärztlich betreut.

Mit dem Ziel, nach dem Prinzip der theoretischen Sättigung n=10+n Wohneinrichtungen clusterrandomisiert zu rekrutieren und damit die Varianz im Feld abzubilden, wurden in Baden-Württemberg alle n=57 Wohneinrichtungen kontaktiert, von denen allerdings lediglich n=7 bereit waren, an der Studie teilzunehmen, davon n=2 mit einem „gemischten“ Modell, n=1 mit einem „aufsuchenden“ Modell und n=4 mit einer „Komm-Struktur“. Um die geplanten Stichprobengrößen dennoch erreichen zu können, wurden daraufhin abweichend vom angestrebten clusterrandomisierten Vorgehen n=38 Wohneinrichtungen aus Bayern kontaktiert, die zufällig aus einer zur Verfügung stehenden Adressdatenbank ausgewählt worden waren. Von diesen nahmen n=5 Wohneinrichtungen teil, so dass in Baden-Württemberg und Bayern schließlich n=12 Workshops durchgeführt wurden, davon n=7 in Wohneinrichtungen mit einem „gemischten“ Modell, n=1 in einer Wohneinrichtung mit einem „aufsuchenden“ Modell und n=4 in Wohneinrichtungen mit einer „Komm-Struktur“.

Mit gleicher Zielstellung wurden in Sachsen n=40 Wohneinrichtungen kontaktiert, davon n=25 mit einem „gemischten“ ärztlichen Versorgungsmodell, n=8 mit einem „aufsuchenden“ Modell und n=6 mit einer „Komm-Struktur“. Es wurden n=10 Workshops durchgeführt, davon n=5 in Wohneinrichtungen mit einem „gemischten“ Modell, n=4 in Wohneinrichtungen mit einem „aufsuchenden“ Modell und n=1 vor dem Hintergrund einer „Komm-Struktur“.

An allen Workshops nahmen Mitarbeiter:innen der Wohneinrichtungen sowie, falls vorhanden, die für die PPT der dortigen Bewohner:innen zuständigen ärztlichen Fachpersonen teil, im Durchschnitt 6,1 Personen (min=4; max=10). An keinem Workshop nahmen Personen teil, die bereits in TP1 als Expert:innen befragt worden waren.

Insgesamt wurden von Januar bis Juni 2022 n=22 Workshops in Wohneinrichtungen mit unterschiedlichen strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen durchgeführt. Menschen mit schwerster und schwerer IE wohnten in n=16, Menschen mit leichter und mittelgradiger IE sowie Menschen mit IE und zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten in jeweils n=13 der beteiligten Wohneinrichtungen; n=6 hatten 24 bis 32 Bewohner:innen, n=9 33 bis 38 Bewohner:innen und n=6 49 bis 120 Bewohner:innen (vgl. Anhang D).

Die teilnehmenden Wohneinrichtungen erhielten als Aufwandsentschädigung je 250 €.

### Datenerhebung

Die Maßnahmen wurden nach der Vorstellung zentraler Leitlinienempfehlungen in drei moderierten Diskussionen entwickelt, die sich jeweils auf einen der Faktoren bezogen, die gemäß der Expertenbefragungen die Leitlinienadhärenz wesentlich beeinflussen (Patientenzentriertheit der Psychopharmakotherapie; Fachwissen der an der PPT beteiligten Personen; Austausch und Zusammenarbeit der an der PPT beteiligten Personen). Im Rahmen einer Ideensammlung konnten die Teilnehmer:innen, die vor dem jeweiligen Workshop schriftlich über die im Workshop zu beantwortenden Fragestellungen informiert worden waren, zu jedem einzelnen Aspekt die eigenen Ideen benennen. Es sollten sowohl Maßnahmen, die bereits in der eigenen Wohneinrichtung umgesetzt wurden, als auch Maßnahmen, die dort noch nicht umgesetzt wurden, benannt werden.

Die moderierten Diskussionen wurden digital aufgezeichnet und transkribiert. Die Ideen aller Teilnehmer:innen wurden auf Kärtchen notiert, nach inhaltlichen Schwerpunkten auf Flipchart strukturiert zusammengetragen und anschließend im gemeinsamen Austausch der Teilnehmer:innen diskutiert und konkretisiert. Die



Zusammenstellungen der Ideenkärtchen zu den einzelnen Themen auf Flipchart wurden dokumentiert.

#### Datenauswertung

Im Nachgang zu den Workshops wurde jeweils ein Kurzprotokoll erstellt, um zentrale Inhalte, Diskussionsdynamiken, „dichte Passagen“ und erste Eindrücke festzuhalten.

Die Ergebnisse der Diskussionen im Workshop wurden auf Basis von Flipchart und Transkriptionen strukturiert schriftlich zusammengefasst. Diese Zusammenfassungen erfolgten zeitnah nach Abschluss der Workshops und bildeten die Grundlage für die Entwicklung der Maßnahmen.

### **5.3 Teilprojekt 3. Erstellung eines allgemeingültigen Maßnahmenkatalogs**

Die in den n=22 Wohneinrichtungen entwickelten einrichtungsbezogenen Maßnahmen wurden im intersubjektiven Austausch und konsensuellen Abgleich verglichen. Um eine einheitliche Beschreibung der Maßnahmen zu gewährleisten wurden im Austausch der Teammitglieder zunächst die Kriterien für die Formulierung der Maßnahmen gemeinsam festgelegt (Bedeutung, Umsetzung, Verantwortlichkeit, Praxistipps). Anschließend wurden die in den Workshops in Baden-Württemberg und Bayern (N=201) bzw. in Sachsen (N=428) entwickelten Maßnahmen entsprechend formuliert, ähnliche Maßnahmen zusammengefasst und den Bereichen der Leitlinienempfehlungen (Grundprinzipien der Psychopharmakotherapie, Indikationsstellung, Monitoring und Überprüfung der Verordnung im Verlauf, Verordnung und Verabreichung, Berücksichtigung nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen) sowie Praxisbereichen (Kontakt mit Person mit geistiger Behinderung, Visite, Zusammenarbeit im Team, Zusammenarbeit mit medizinischen Fachpersonen, Zusammenarbeit mit Familienangehörigen, Vermittlung und Verfügbarmachen von Wissen zur PPT) zugeordnet. Im gemeinsamen Austausch aller Teammitglieder wurden die Maßnahmen gesichtet, Dopplungen identifiziert und ähnliche Maßnahmen nach Diskussion und Konsensfindung zusammengefasst. Insgesamt wurden somit 67 Maßnahmen final in den Katalog aufgenommen.

Mit dem Ziel, den Maßnahmenkatalog möglichst nutzerfreundlich zu gestalten, erfolgten Aufbereitung, Formatierung und Gestaltung in Zusammenarbeit mit einer Fachkraft für Kommunikationsgestaltung.

## **6. Projektergebnisse**

### **Maßnahmenkatalog**

Zentrales Projektergebnis ist der Maßnahmenkatalog, der insgesamt n=67 „Maßnahmen zur Förderung einer leitliniengerechten Psychopharmakotherapie von in Wohnheimen lebenden Menschen mit geistiger Behinderung“ umfasst (Tab. 2) und der inzwischen auch in englischsprachiger Übersetzung vorliegt (Schützwohl et al. 2022, 2023). Er enthält neben einer allgemeinen Einführung zum Thema (Kapitel 1) Informationen zur Entwicklung der Maßnahmen (Kapitel 2) sowie Anleitungen zum Gebrauch (Kapitel 3).

In Kapitel 4 werden nach kurzer thematischer Einführung in tabellarischen Übersichten die Titel derjenigen Maßnahmen aufgeführt, die auf die Umsetzung einer bestimmten Leitlinienempfehlung abzielen. In Kapitel 4.1 sind die n=22 Maßnahmen aufgeführt, die zur Umsetzung der Grundprinzipien der PPT herangezogen werden können (z.B. Patientenzentriertheit der Verordnung und Behandlung); Kapitel 4.2 listet die n=32 Maßnahmen zur Verbesserung der Indikationsstellung sowie zur Verbesserung der Verordnung im Verlauf (z.B. Monitoring medikamentenspezifischer Laborparameter, Prüfung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen); Kapitel 4.3 zeigt die n=8

Maßnahmen zur Umsetzung einer angemessenen Verordnung und Verabreichung (z.B. zur Vermeidung von Polypharmazie); Kapitel 4.4 schließlich die n=8 Maßnahmen, die zur Berücksichtigung und ggf. zur Implementierung nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen beitragen sollen.

**Tab. 2. Übersicht über die Maßnahmen und deren Zuordnung zu Themenbereichen**

<b>Maßnahmentitel</b>	<b>Zuordnung in Kapitel 4</b>	<b>Zuordnung in Kapitel 5</b>
Abklärung möglicher organischer Ursachen für Verhaltensänderungen	4.2	5.7
Alltagsbeobachtung ohne Anlass	4.2	5.1
Anforderung und Auswertung früherer Gutachten und Diagnosen	4.2	5.7
Angebot zum offenen Austausch in der Gruppe	4.4	5.1
Angehörigentammtisch mit Arzt oder Ärztin	4.1	5.5
Anlassbezogene Alltagsbeobachtung	4.2	5.1
Anlassbezogene Einzelgespräche mit Person mit geistiger Behinderung	4.1	5.1
Anlassbezogene Fallgespräche	4.2	5.3
Anpassung des ärztlichen Versorgungsmodells an die Bedürfnisse der Person mit geistiger Behinderung	4.1	5.2
Anpassung des Betreuungssystems an Bedürfnisse der Person mit geistiger Behinderung	4.1	5.1
Anregung zur Selbstreflexion von Mitarbeitenden	4.1	5.3
Arztkontakt ohne Teilnahme von Mitarbeitenden	4.2	5.2
Ärztliche Aufklärung der Wohnheimmitarbeitenden	4.2	5.7
Ärztliche Formulierung und Dokumentation von Zielvereinbarungen	4.2	5.7
Ärztliche Gespräche mit Angehörigen	4.1	5.7
Aufklärung der Mitbewohner:innen über geänderte Verhaltensweisen	4.1	5.1
Ausführliche Erstvorstellung mit Fokus auf das Kennenlernen der Person mit geistiger Behinderung	4.2	5.7
Austausch zwischen Mitarbeitenden und Angehörigen zu Beobachtungen im häuslichen Umfeld	4.1	5.5
Bundeseinheitlicher Medikationsplan	4.3	5.7
Einbezug externer Fachkräfte für nicht-psychopharmakologische Interventionen	4.4	5.1
Erstvorstellung ohne Medikamentenverschreibung	4.2	5.7
Fachärztlicher Austausch zur PPT bei Personen mit geistiger Behinderung	4.3	5.7
Feste Ansprechperson im Wohnheim für Visite	4.2	5.2
Feste Ansprechperson(en) bei Fragen zur PPT	4.3	5.4
Förderung einer aktiven Teilnahme der Person mit geistiger Behinderung an Visite	4.2	5.2
Gemeinsame psychiatrische und allgemeinärztliche Visite	4.3	5.7
Gespräch zur Biografie mit Person mit geistiger Behinderung	4.1	5.1
Gespräch zwischen Mitarbeiter:in und Arzt oder Ärztin vor Visite	4.2	5.2
Gespräche zur Information der Angehörigen über die PPT	4.1	5.5
Hospitation in anderen Wohngruppen	4.1	5.3
„Ich-Buch“ mit allgemeinen und behandlungsspezifischen Informationen zur Person mit geistiger Behinderung	4.1   4.4	5.2
Jahresgespräch als "Festtag" für die Person mit geistiger Behinderung	4.1	5.3
„Koffer" mit individuellen nicht-psychopharmakologischen Angeboten	4.4	5.1
„Kommunikationsinseln" für Mitarbeitende schaffen	4.2	5.3
Kontakt der Wohnheime zur Klinik während Klinikaufenthalt	4.1   4.2	5.4
Kooperation mit einem Medizinischen Zentrum für Menschen mit Behinderung (MZEB)	4.2	5.4

**Tab. 2. Übersicht über die Maßnahmen und deren Zuordnung zu Themenbereichen (Forts.)**

<b>Maßnahmentitel</b>	<b>Zuordnung in Kapitel 4</b>	<b>Zuordnung in Kapitel 5</b>
Kurze Vorträge zu Aspekten der PPT durch Mitarbeitende für Kollegen und Kolleginnen	4.2	5.6
Liste mit internen Ansprechpersonen mit spezifischem Wissen zu PPT und zu psychischen Störungen	4.3	5.3
Nachbesprechung der Visite mit Person mit geistiger Behinderung	4.1	5.2
Personenbezogene Übersicht zu Wirkungen und Nebenwirkungen einzelner Psychopharmaka	4.2	5.7
Psychiatrische und allgemeinmedizinische Erhebung medikamentenspezifischer Laborparameter und EKG	4.2	5.7
Realisierung einer niederschweligen Kontaktaufnahme zum Arzt oder zur Ärztin	4.4	5.4
Reflexion aktueller nicht-psychopharmakologischer Interventionen in der Visite	4.4	5.1
Regelmäßige Schulung für Mitarbeitende zu Grundlagen der PPT	4.2	5.6
Regelmäßige Schulung für Mitarbeitende zur Gabe von Bedarfsmedikation	4.3	5.6
Regelmäßige Schulung zu Grundlagen der PPT für Personen mit geistiger Behinderung	4.1	5.1
Regelmäßige Sprechzeiten für Angehörige	4.1	5.5
Regelmäßige Teambesprechung zur Reflexion der Beobachtungen	4.2	5.3
Regelmäßige, anlasslose Einzelgespräche mit Person mit geistiger Behinderung	4.1	5.1
Regelmäßige, anlasslose Fallgespräche	4.2	5.3
Regelmäßiger Austausch zwischen Wohnheim und tagesstrukturierenden Angeboten und Einrichtungen	4.2	5.3
Rückmeldung zur Gabe von Bedarfsmedikation	4.3	5.2
Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten zwischen Ärzten und Ärztinnen aus der Wohnheimumgebung mit Bewohnern und Bewohnerinnen aus dem Wohnheim	4.1	5.4
Selbstbestimmung der Person mit geistiger Behinderung anregen	4.1	5.1
Selbsterstelltes Nachschlagewerk zu Psychopharmaka	4.2	5.6
Teilnahme der Person mit geistiger Behinderung an externen Freizeitaktivitäten	4.4	5.1
Thematisierung PPT-relevanter Aspekte bei der Dienstübergabe	4.2	5.3
Übersicht mit allgemeinen Informationen zu Nebenwirkungen	4.2	5.6
Übersicht über die an der Visite teilnehmenden Personen mit geistiger Behinderung	4.2	5.2
Übersicht zu individuellen nicht-psychopharmakologischen Bewältigungsstrategien	4.4	5.1
Vermittlung zwischen Person mit geistiger Behinderung und Angehörigen bei gegensätzlichen Interessen	4.1	5.5
Videoaufnahmen zur Veranschaulichung von Verhaltensweisen	4.2	5.2
Vier-Augen-Prinzip bei Bedarfsmedikationsgabe	4.3	5.3
Visiten-Checkliste für die Mitarbeitenden	4.2	5.2
Visitenvorbereitung mit Person mit geistiger Behinderung	4.1	5.2
Visitenvorbereitungsbogen zum Stand der PPT, Beobachtungen und Umweltfaktoren	4.2	5.2
Zusammenstellung von Informationsquellen zu PPT	4.2	5.6

In Kapitel 5 sind die Maßnahmen in vergleichbarer Art nach Praxisbereichen strukturiert. Kapitel 5.1 listet die n=15 Maßnahmen, die im Kontakt mit der Person mit IE Anwendung finden können; Kapitel 5.2 zeigt die n=13 Maßnahmen, die rund um die

Visiten zum Einsatz kommen können; Kapitel 5.3 die n=11 Maßnahmen, die sich auf die Zusammenarbeit der Mitarbeitenden in den Wohneinrichtungen beziehen; Kapitel 5.4 die n=5 Maßnahmen, die sich auf die Zusammenarbeit der Mitarbeitenden in den Wohneinrichtungen mit Ärztinnen und Ärzten beziehen; Kapitel 5.5 die n=5 Maßnahmen im Rahmen der Zusammenarbeit mit Angehörigen; Kapitel 5.6 die n=6 Maßnahmen, die zur Vermittlung sowie zur Verfügbarkeit von Fachwissen zur PPT beitragen; Kapitel 5.7 schließlich listet die n=12 Maßnahmen auf, deren Verantwortlichkeit größtenteils bei den für die PPT zuständigen Ärztinnen und Ärzten liegt. In der digitalen Version sind die in den Kapiteln 4 und 5 gelisteten Titel der Maßnahmen mit den ausführlichen Maßnahmenbeschreibungen, die sich in den Kapitel 6 und 7 finden, verlinkt.

**Abb. 1. Beispiel einer Maßnahmenbeschreibung**

### Regelmäßige, anlasslose Einzelgespräche mit Person mit geistiger Behinderung

**Bedeutung**

Ein Einzelgespräch mit der Person mit geistiger Behinderung über sie selbst trägt wesentlich dazu bei, sie in ihrem aktuellen Lebensumfeld, ihren Bedürfnissen und Verhaltensweisen besser zu verstehen. Ein solches Verständnis ist die Grundvoraussetzung dafür, dass die Interessen dieser Person angemessen berücksichtigt werden können. Darüber hinaus kann das Zuhören, Wahrnehmen und Beachten negativer Emotionen (z.B. von Unzufriedenheit, spezifischen Ängsten und Ärger) Verhaltensauffälligkeiten verhindern und Informationen dazu liefern, wie Verhaltensauffälligkeiten, die als problematisch oder herausfordernd erlebt werden, z.B. durch Veränderungen der Umweltbedingungen positiv beeinflusst werden können.

**Umsetzung**

Ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin führt regelmäßig (z.B. täglich, aber mindestens einmal wöchentlich) ein persönliches 4-Augen-Gespräch mit der Person mit geistiger Behinderung, in dem es um deren aktuelles Befinden und Erleben geht. Das Gespräch erfolgt in einer ruhigen, für die Person mit geistiger Behinderung entspannten Umgebung (z.B. in deren Zimmer, bei einem Spaziergang). Es findet an einem festgelegten Termin oder aber in Abhängigkeit vom individuellen Gesprächsbedarf statt. Im Gespräch werden die individuellen kommunikativen Möglichkeiten der Person mit geistiger Behinderung berücksichtigt und ggf. finden Materialien der Unterstützten Kommunikation Anwendung. Themen, die entweder aus Sicht der Person mit geistiger Behinderung oder aus Mitarbeitersicht wichtig sind, können notiert und beim nächsten Gespräch wieder aufgegriffen werden. Zusätzlich zu diesem regelmäßigen Gespräch wird der Person angeboten, im Bedarfsfall weitere Einzelgespräche zu führen. Das Angebot kann individuell gestaltet werden (z.B. täglich wechselnde Ansprechperson für weitere Einzelgespräche).

**Verantwortlichkeit**

Eine Person aus dem Wohnheim mit engem und vertrauensvollem Kontakt zur betreffenden Person (z.B. Bezugsbetreuer:in) führt das Gespräch. Damit gewährleistet ist, dass diese regelmäßig geführt werden, wird eine Vertretung bei Abwesenheit bestimmt.

**Praxistipps**

 **Kurzfragebogen zu aktuellem Befinden**

Nutzen Sie für die Erfassung des aktuellen Befindens einen Kurzfragebogen. Dieser kann beispielsweise folgende Fragen enthalten: „Wie geht es dir heute? Wie sähe es aus, wenn es dir besser geht? Was müsste sich verändern, damit es dir besser geht?“. Dadurch kann das Befinden strukturiert erfasst werden.

Kapitel 6 erläutert die n=55 Maßnahmen, die sich an die Mitarbeiter:innen in den Wohneinrichtungen richten, Kapitel 7 die n=12 Maßnahmen, die überwiegend in der Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten liegen (Kapitel 7). Die dort aufgeführten Maßnahmen wurden in den Katalog mit aufgenommen, da sie im Projektverlauf erarbeitet wurden und sich die Verantwortlichkeiten der Mitarbeiter:innen in den Wohneinrichtungen und der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen ergänzen und durchaus auch überschneiden.

Die ausführlichen Maßnahmenbeschreibungen erfolgen einheitlich unter den Überschriften „Bedeutung“, „Umsetzung“ und „Verantwortlichkeit“, zum Teil ergänzt durch einen „Praxistipp“ (vgl. Abb. 1). Der Absatz „Bedeutung“ dient dem tieferen Verständnis der Wirkung der Maßnahme auf weitere Prozesse und Bestandteile der PPT und damit auch dem Verständnis, worin genau die intendierte Annäherung an eine leitliniengerechte PPT bei Personen mit IE besteht. In den nachfolgenden Ausführungen zur „Umsetzung“ finden sich Anregungen dazu, wie die jeweilige Maßnahme konkret in einer Wohneinrichtung realisiert werden könnte, wobei die Anregungen auf die ganz individuellen Gegebenheiten angepasst bzw. weiterentwickelt werden können.

### Dissemination

Zum 30.09.2022 wurden der Maßnahmenkatalog bzw. der Link<sup>2</sup> zu diesem Maßnahmenkatalog an die teilnehmenden Wohneinrichtungen (n=22) sowie anhand vorliegender bzw. aktualisierter Adressdatenbanken an insgesamt N=2.192 als zu Wohneinrichtungen für Menschen mit IE gehörend identifizierten Adressen in Baden-Württemberg (n=87), Bayern (n=403), Berlin (n=52), Brandenburg (n=47), Bremen (n=11), Hamburg (n=50), Hessen (n=201), Mecklenburg-Vorpommern (n=54), Niedersachsen (n=204), Nordrhein-Westfalen (n=617), Rheinland-Pfalz (n=114), Saarland (n=45), Sachsen (n=129), Sachsen-Anhalt (n=56), Schleswig-Holstein (n=38) und Thüringen (n=84) versendet. In n=340 (15,5%) Fällen galt die E-Mail als „unzustellbar“, so dass die Zustellung an n=1.852 Adressen erfolgreich war.

Darüber hinaus wurden Maßnahmenkatalog und Link an die Projektpartner der LePP-ID – Studie (i.e. Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsen e.V.; Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Sachsen; AWO Sachsen, Soziale Dienste gGmbH; Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e.V.; Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.) sowie, auf Wunsch einzelner Einrichtungsträger, an die Heimaufsichtsbehörden aller Bundesländer versendet. Hierzu lagen n=269 E-Mail-Adressen vor, in n=22 (8,2%) Fällen galt die Nachricht als „unzustellbar“.

## 7. Diskussion der Projektergebnisse

Während die im Rahmen von TP1 zu rekrutierenden Expertinnen und Experten wie im Projektantrag skizziert aus unterschiedlichen Regionen und mit unterschiedlichen Praxiserfahrungen gewonnen werden konnten, sind mit Blick auf die Rekrutierung der an TP2 teilnehmenden Wohneinrichtungen Stichprobenverzerrungen nicht auszuschließen. Die Teilnahmebereitschaft war nicht zuletzt vor dem Hintergrund der aufgrund der Coronapandemie schwierigen organisatorischen Rahmenbedingungen insgesamt geringer als erwartet, so dass davon auszugehen ist, dass die Maßnahmen vornehmlich in Wohneinrichtungen entwickelt wurden, die sich überdurchschnittlich für das Thema der

---

<sup>2</sup> [https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/psy/forschung-und-lehre-1/forschungsbereiche-1/forschungsbereich-psychiatrische-versorgungsforschung-1/abgeschlossene-projekte/Manahmenkatalog\\_LePPID.pdf](https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/psy/forschung-und-lehre-1/forschungsbereiche-1/forschungsbereich-psychiatrische-versorgungsforschung-1/abgeschlossene-projekte/Manahmenkatalog_LePPID.pdf)

PPT der dort lebenden Menschen mit IE interessierten und in denen die PPT bereits in größerem Ausmaß in leitliniengerechter Form erfolgt als in Wohneinrichtungen, die trotz wiederholter Anfragen nicht an der Maßnahmenentwicklung teilnahmen. Dies scheint mit Blick auf das Projektziel der LePP-ID – Studie allerdings kein gravierender Nachteil, zumal die strukturellen Gegebenheiten der an der Maßnahmenentwicklung beteiligten Wohneinrichtungen (z.B. Modell der ärztlichen Versorgung; Schweregrad der IE der Bewohnerinnen und Bewohner, Anzahl der Bewohner:innen) die Varianz im Feld insgesamt sehr gut abbilden und der Maßnahmenkatalog daher Maßnahmen aufführt, die vor dem Hintergrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen eingesetzt werden können.

Die Maßnahmen wurden im Rahmen von Fokusgruppen mit Nominaler Gruppentechnik und damit mit bestmöglicher Methodik entwickelt. Von besonderer Relevanz ist, dass sie, anders als die Leitlinienempfehlungen, nicht von überwiegend wissenschaftlich tätigen Fachpersonen entwickelt wurden, sondern von Akteurinnen und Akteuren, die in der Versorgungspraxis in ganz zentraler Verantwortung für die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen stehen und aufgrund teils langjähriger Erfahrungen in der Begleitung von in Wohnstätten lebenden Menschen mit IE über ein wertvolles Praxiswissen verfügen. Dies bildet die Basis für den Maßnahmenkatalog und spricht für dessen Praxisrelevanz.

Die Dissemination der entwickelten Maßnahmen verlief weitgehend erfolgreich. Es waren knapp 85% der als zu Wohneinrichtungen und über 90% der als zu Heimaufsichtsbehörden gehörend identifizierten E-Mail-Adressen gültig. Dies bedeutet, dass der Maßnahmenkatalog nach Projektabschluss einem Großteil der in Deutschland existierenden Wohneinrichtungen für Menschen mit IE sowie den meisten Heimaufsichtsbehörden vorlag. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies die Versorgungspraxis im weiteren Verlauf nach Abschluss der Förderung beeinflussen kann.

## 8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Als Projektergebnis liegt für den Bereich der PPT von in Wohneinrichtungen lebenden Menschen mit IE ein Katalog mit Handlungsempfehlungen vor, die nicht von wissenschaftlich orientierten Fachkolleg:innen konzipiert wurden, sondern von in der Praxis tätigen und damit für die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen direkt verantwortlichen Akteur:innen. Die in ihrer ursprünglichen Form wenig konkreten Leitlinienempfehlungen sind damit erstmalig an die vorhandenen strukturellen und personellen Gegebenheiten adaptiert und für Wohneinrichtungen mit unterschiedlichen ärztlichen Versorgungsmodellen anwendbar.

Es kann bezugnehmend auf die Theory of Planned Behavior (Madden et al. 1992) davon ausgegangen werden, dass die Dissemination dieser Handlungsempfehlungen zu einer leitliniengerechteren Verordnung von Psychopharmaka führt, da die Mitarbeiter:innen der Wohneinrichtungen damit über die existierenden Leitlinien zur PPT sowie über die diesbezüglich vorliegenden möglichen Maßnahmen informiert werden und dadurch Einstellungsveränderungen sowie Veränderungen in den Selbstwirksamkeitserwartungen erwartet werden können.

Ein Beleg, dass der Maßnahmenkatalog im Versorgungsalltag tatsächlich zu einer leitliniengerechteren PPT und damit zu einer insgesamt verbesserten Behandlung beiträgt, liegt allerdings nicht vor. Studien zur Effektivität von Strategien zur Leitlinienimplementierung lassen vermuten, dass die Durchführung einer online-Schulung der Freischaltung digitaler Selbstlerneinheiten sowie der im Rahmen der LePP-ID-Studie erfolgten einfachen Übermittlung der Handlungsempfehlungen überlegen ist (Selbmann u. Kopp 2005). Die Überprüfung dieser Hypothesen, möglichst mittels einer clusterrandomisierten Studie mit Prä-Post-Erhebungen im Kontrollgruppenvergleich, steht aus. Im Rahmen einer



begleitenden Prozessevaluation ist dann auch zu ermitteln, inwieweit bzw. gegebenenfalls in welcher Form die vorliegenden organisatorischen Rahmenbedingungen angepasst werden müssen und inwieweit gegebenenfalls Maßnahmen als erforderlich erachtet werden, die rechtlichen und ökonomischen Gegebenheiten der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit IE zu optimieren.

Falls sich im Rahmen einer solchen Studiendurchführung nachweisen lässt, dass der mit der Methodik der LePP-ID – Studie entwickelte Maßnahmenkatalog wirksam ist, wird ein zentrales Ergebnis die Erkenntnis sein, dass die Adhärenz zu Versorgungsleitlinien mit großer Wahrscheinlichkeit auch in anderen Versorgungsbereichen dadurch erhöht werden kann, dass vorhandenes Praxiswissen zunächst strukturiert erfasst und genutzt wird, um im Rahmen nachfolgender Distributionsstrategien und orientiert an der Theory of Planned Behavior Einstellungen und Selbstwirksamkeitserwartungen relevanter Akteur:innen zu beeinflussen.

## 9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Schützwahl M, Krumm S, Krönke I et al. (2022). Maßnahmen zur Förderung einer leitliniengerechten Psychopharmakotherapie von in Wohnheimen lebenden Menschen mit geistiger Behinderung. Empfehlungen und Ideen aus der Praxis. TU Dresden, Universität Ulm. [https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/psy/forschung-und-lehre-1/forschungsbereiche-1/forschungsbereich-psychiatrische-versorgungsforschung-1/abgeschlossene-projekte/Manahmenkatalog\\_LePPID.pdf](https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/psy/forschung-und-lehre-1/forschungsbereiche-1/forschungsbereich-psychiatrische-versorgungsforschung-1/abgeschlossene-projekte/Manahmenkatalog_LePPID.pdf)

Schützwahl M, Krumm S, Krönke I et al. (2023). Interventions to promote guideline compliant psychotropic medication for people with intellectual disabilities living in residential accommodation. Recommendations and ideas from practical experience. TU Dresden, Universität Ulm.

Schützwahl M, Stasch N, Mayer L, Krönke I, Reupert A, Krumm S. (2022) Psychopharmakotherapie bei Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung. Die Sicht von Betreuungspersonal aus stationären Wohneinrichtungen. Psychopharmakotherapie, 29: 96-105.

Krumm S, Stasch N, Mayer L et al. (Einreichung geplant). Einflussfaktoren bei der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen zur Psychopharmakotherapie bei Personen mit geistiger Behinderung

Schützwahl M, Krumm S, Krönke I et al. (Einreichung geplant). Development of a set of practice-guided measures intended to improve guideline adherence in psychotropic medication for adults living in residential accommodation.

## 10. Literaturverzeichnis

AWMF (2021). S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. AWMF-Register Nr. 028–042. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-042l\\_S2k\\_Intelligenzminderung\\_2021-09.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042l_S2k_Intelligenzminderung_2021-09.pdf) (Zugriff am 21.04.2022).

Bogner A, Littig B, Menz W (2014). Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS.

Deb S, Kwok H, Bertelli M et al. (2009). International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with ID. World Psychiatry 8: 181-6



- Koch A, Dobrindt J (2020). Aufgaben und Kompetenzen in der Begleitung von Psychopharmakotherapie. Materialien der DGSGB, Band 43, 34-48.
- Koch A, Dobrindt J, Schützwohl M (2021). Prevalence of psychotropic medication and patterns of antipsychotic use in adults with intellectual disabilities. A cross-sectional, epidemiological study in Germany. *J Intellect Disabil Res*, 65: 186-198.
- Kuckartz U (2018). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Madden TJ, Ellen PA, Ajzen I (1992). A comparison of the Theory of Planned Behavior and the Theory of Reasoned Action. *Pers Soc Psychol Bull*, 18:3-9.
- NICE (2017). Psychotropic Medicines in People with Learning Disabilities whose Behaviour Challenges. London.
- Schützwohl M, Koch A, Koslowski N et al. (2016). Mental illness, problem behaviour, needs and service use in adults with intellectual disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 51: 767-76.
- Schützwohl M, Krumm S, Krönke I et al. (2022). Maßnahmen zur Förderung einer leitliniengerechten Psychopharmakotherapie von in Wohnheimen lebenden Menschen mit geistiger Behinderung. Empfehlungen und Ideen aus der Praxis. TU Dresden, Universität Ulm
- Schützwohl M, Sappok T (2020). CME Zertifizierte Fortbildung. Psychische Gesundheit bei Personen mit Intelligenzminderung. *Nervenarzt*, 91(3): 271-281. doi.org/10.1007/s00115-020-00878-0
- Schützwohl M, Voss E, Stiawa M et al. (2017). Bedingungsfaktoren psychopharmakologischer Behandlung von Erwachsenen mit leichter oder mittelgradiger Intelligenzminderung. *Nervenarzt*, 88: 1273-80.
- Selbmann HK, Kopp I (2005). Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. *Die Psychiatrie* 2: 33-38
- Trollor JN, Salomon C, Franklin C (2016). Prescribing psychotropic drugs to adults with an intellectual disability. *Australian Prescriber*, 39: 126–30.

## 11. Anhang

- Anhang A Übersicht zur leitliniengerechten PPT bei Menschen mit IE
- Anhang B Empfehlungen für die Verbesserung der Begleitung einer PPT
- Anhang C Arbeits- und Zeitplan gemäß Projektantrag
- Anhang D Charakteristika der an der Maßnahmenentwicklung beteiligten Wohneinrichtungen

## 12. Anlagen

- Anlage 1 Leitfaden Experteninterview
- Anlage 2 Kategoriensystem mit Ankerbeispielen
- Anlage 3 Schützwohl M, Krumm S, Krönke I et al. (2022). Maßnahmen zur Förderung einer leitliniengerechten Psychopharmakotherapie von in Wohnheimen lebenden Menschen mit geistiger Behinderung. Empfehlungen und Ideen aus der Praxis. TU Dresden, Universität Ulm.

Akronym: LePP-ID

Förderkennzeichen: 01VSF20021

- Anlage 4 Schützwohl M, Stasch N, Mayer L, Krönke I, Reupert A, Krumm S. (2022) Psychopharmakotherapie bei Menschen mit Intellektueller Entwicklungsstörung. Die Sicht von Betreuungspersonal aus stationären Wohn-einrichtungen. Psychopharmakotherapie, 29: 96-105.

## Anhang A: Übersicht zur leitliniengerechten PPT bei Menschen mit IE

Grundsatz	Erläuterung
Patientenzentriertheit der Verordnung und Behandlung	Patientenzentriertheit in der Verordnung und Behandlung liegt vor, wenn den wohlverstandenen Bedürfnissen und Interessen der Person mit IM in vollem Umfang entsprochen wird und sie - soweit irgend möglich - über die empfohlenen Maßnahmen selbst entscheiden kann.
Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen und Umfeld	Die Angehörigen sollten, soweit die Person mit IM oder deren gesetzlicher Vertreter damit einverstanden sind, über die Behandlung mit einem Psychopharmakon, also zum Beispiel über die erwarteten Wirkungen und möglichen Nebenwirkungen, informiert werden; sie sollten ein Verständnis für das Therapierational haben und das Therapieziel nachvollziehen können. Ziel ist es, einerseits die Angehörigen in ihrem Verständnis sowie in ihrem eigenen Handeln zu unterstützen, andererseits soll dadurch die Qualität und Kontinuität der psychopharmakologischen Behandlung gefördert werden.
Verordnung nach umfassender Diagnostik und bei entsprechender Indikationsstellung	Ein Psychopharmakon ist nur nach ausführlicher psychiatrischer Diagnostik und vor dem Hintergrund einer klaren Indikationsstellung zu verordnen.
Aufklärung und Einwilligung (Patient/ gesetzlicher Betreuer/ Bezugspersonen)	Die Person mit IM ist, soweit einwilligungsfähig, vor Beginn einer Behandlung mit Psychopharmaka umfassend über das Therapierational sowie die möglichen unerwünschten Nebenwirkungen und alternativen Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären. Falls die Person mit IM nicht einwilligungsfähig ist, ist sie trotzdem in geeigneter Form umfassend aufzuklären. Die Einwilligung ist über den gesetzlichen Vertreter einzuholen.
Implementierung einer „Start low, go slow“-Strategie	Die Behandlung soll mit einer geringstmöglichen Dosierung beginnen und Erhöhungen der Dosierung nur langsam und mit geringen Dosissteigerungen erfolgen.
Sicherstellung der Beachtung der Einnahmевorschriften	In der psychopharmakologischen Behandlung von Menschen mit IM muss ganz besonders sichergestellt sein, dass das Psychopharmakon entsprechend der ärztlichen Verordnung eingenommen wird.
Berücksichtigung nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen	Vor Beginn und im Verlauf einer psychopharmakologischen Behandlung ist in regelmäßigen Abständen zu prüfen, inwieweit die Verordnung und Implementierung nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen ergänzend oder alternativ zur psychopharmakologischen Behandlung sinnvoll erscheint.
Vermeidung von Polypharmazie; Berücksichtigung möglicher Medikamenteninteraktionen	Polypharmazie ist auch in der Behandlung von Menschen mit IM möglichst zu vermeiden. Die möglichen Wechselwirkungen zwischen einem Psychopharmakon und anderen Medikamenten sind im Rahmen jeder Verordnung zu berücksichtigen.
Monitoring medikamentenspezifischer Laborparameter, EKG	Die Behandlung mit einem Psychopharmakon beinhaltet in aller Regel ein bestimmtes Risikopotential, das entweder bereits klinisch identifiziert ist oder aber aufgrund bestimmter biopharmazeutischer bzw. präklinischer Erfahrungen wahrscheinlich ist, so dass ein Monitoring auf Organschäden erforderlich ist.
Prüfung von Wirkungen und unerwünschten Nebenwirkungen	Wirkungen und Nebenwirkungen einer psychopharmakologischen Behandlung sind regelhaft und möglichst anhand von objektiven Kriterien, z.B. mittels geeigneter standardisierter Erhebungsverfahren oder vorher definierter Zielverhaltensweisen, zu prüfen und zu dokumentieren. Das Zeitintervall bestimmt sich z.B. nach der bisherigen Dauer der Medikation. Im Rahmen einer Dauermedikation soll ein Abstand von 3 bis 6 Monaten nicht überschritten werden.
Monitoring von Umweltfaktoren	Umweltfaktoren können einen Einfluss auf die Aufrechterhaltung der psychopathologischen Symptomatik bzw. der Verhaltensstörungen haben. Veränderungen relevanter Umweltbedingungen sind daher regelhaft zu prüfen und zu dokumentieren
Überprüfung der Indikationsstellung im Behandlungsverlauf	Die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung mit einem Psychopharmakon ist regelmäßig, spätestens im Rahmen jeder Fortsetzungsverordnung, zu prüfen.
Beachtung der strengen Anforderungen an einen „Off-Label“-Gebrauch von Psychopharmaka	Ein „Off-Label“-Gebrauch von Psychopharmaka ist nicht per se negativ zu bewerten, er kann vielmehr im Gegenteil ein Hinweis darauf sein, dass die Behandlung qualitativ besonders hochwertig ist. Ein „Off-Label“-Gebrauch erfordert allerdings das Vorliegen einer begründeten empirischen Evidenz und eine besondere Aufklärung der beteiligten Personen und Dokumentation des „Off-Label“ Gebrauchs .
Definition von Einnahmebedingungen für Bedarfsmedikation	Die Behandlung mit einem Psychopharmakon als Bedarfsmedikation soll möglichst vermieden werden. Falls ein Psychopharmakon allerdings als Bedarfsmedikation eingesetzt wird, müssen Handlungsanleitungen in schriftlicher Form vorliegen, die sehr exakt festlegen, unter welchen Bedingungen, in welcher Dosis und welcher Frequenz das Medikament verabreicht werden soll. Die Dokumentation der Häufigkeit solcher Medikamenteneinnahmen muss vom behandelnden Arzt angeordnet werden.

aus: Schützwohl u. Sappok (2020)

## Anhang B: Empfehlungen für die Verbesserung der Begleitung einer PPT

	Ärztliche Aufgaben	Aufgaben der Mitarbeiter:innen
Arztkontakte	Der Arzt kommt zu regelmäßigen (z.B. einmal im Quartal) stattfindenden Arztbesuchen in die Wohnstätte	Jeder Bewohner wird dem Arzt vorgestellt, unabhängig davon, ob die Person in letzter Zeit Auffälligkeiten gezeigt hat oder nicht. Die Mitarbeiter dokumentieren den Arztbesuch.
Diagnostik	Der Arzt stützt sich auf multiple Informationsquellen zur Erfassung von bio-psycho-sozialen, sowie Umweltvariablen, führt körperliche Untersuchungen (inklusive Laborparameter) und anamnestische Erhebungen durch.	Die Mitarbeiter unterstützen den Arzt bei der Diagnostik, indem sie die zugrundeliegende Problematik ausführlich erläutern. Grundlage dafür ist eine Verhaltensdokumentation, erstellt vom gesamten Mitarbeiterteam. Die Mitarbeiter ermöglichen dem Arzt Zugang zu weiteren Informationen (z. B. zur Biografie des Bewohners oder Akten über frühere Behandlungen).
Aufklärung und Einwilligung des Bewohners	Der Arzt klärt den Bewohner dem Verständnis entsprechend und in Leichter Sprache auf. Die Einwilligung ist schriftlich dokumentiert.	Die Mitarbeiter wiederholen ggf. die Aufklärung des Arztes und unterstützen den Bewohner darin, die Behandlung bestmöglich zu verstehen.
Aufklärung der Mitarbeiter im Wohnumfeld	Sofern rechtlich dazu legitimiert, klärt der Arzt die Mitarbeiter in der Wohnstätte über die Verschreibung sowie Wirkungen und Nebenwirkungen der Psychopharmaka auf, eventuell auch im Rahmen von Fortbildungen.	Die Mitarbeiter haben ein Grundwissen über Psychopharmaka. Sie kommunizieren transparent alle relevanten Informationen und fordern ggf. eine ärztliche Aufklärung ein. Bei Unklarheiten oder Zweifeln wenden sie sich an den Arzt.
Einnahmевorschriften	Der Arzt legt die Einnahmевorschriften schriftlich fest, stellt sicher, dass die Verantwortlichen diese erhalten und erkundigt sich nach der Umsetzung.	Die Mitarbeiter vergeben die Medikamente gemäß den Anweisungen des Arztes. Die Vergabe wird dokumentiert. Bei Verwechslungen, akut auftretenden Nebenwirkungen oder Einnahmeverweigerungen wird der Arzt informiert.
Medikamenteninteraktionen	Der Arzt informiert sich über die gesamte Medikation und überprüft regelmäßig mögliche Interaktionen zwischen den verordneten Medikamenten.	Die Mitarbeiter informieren den Arzt über die aktuelle Medikation aus anderen medizinischen Fachbereichen.
Nichtmedikamentöse Behandlungsoptionen	Der Arzt stellt regelmäßig, vor allem zu Beginn, Überlegungen an, ob nichtmedikamentöse Therapien die psychopharmakologische Behandlung sinnvoll ergänzen könnten.	Die Mitarbeiter geben Hinweise, wenn sie der Meinung sind, dass nichtmedikamentöse Therapien hilfreich wären. Sie besprechen gemeinsam mit dem Arzt Nutzen, Angebot und Umsetzung.
Wirkungen und Nebenwirkungen	Der Arzt legt zu Beginn der Behandlung Zielverhaltensweisen fest. Wirkungen und Nebenwirkungen überprüft er anhand des klinischen Eindrucks, der Rückmeldung des Bewohners und der Informationen der Mitarbeiter.	Die Mitarbeiter beobachten den Bewohner anhand bestimmter vorher festgelegter Zielverhaltensweisen, dokumentieren diese Beobachtungen in einem Dokumentationsbogen und besprechen diese mit dem Arzt. <u>Keine eigenständigen Dosisveränderungen!</u>
Umweltfaktoren des Bewohners	Der Arzt informiert sich bei jedem Arztbesuch bei dem Bewohner und bei den Mitarbeitern über Veränderungen sowie körperliche Aspekte.	Die Mitarbeiter geben Auskunft Umweltveränderungen, körperliche Erkrankungen und was den Bewohner in letzter Zeit beschäftigt hat.
Überprüfung der Indikationsstellung	Der Arzt überprüft regelmäßig die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung auch auf Grundlage der Rückmeldung des Bewohners und Mitarbeiters. Ist die Indikation nicht mehr gegeben, wird gemeinsam über Absetzversuche nachgedacht z.B. im Rahmen von Fallkonferenzen.	Die Mitarbeiter dokumentieren das Verhalten des Bewohners und geben diese Informationen an den Arzt weiter. Das weitere Vorgehen wird gemeinsam z. B. in Fallkonferenzen besprochen. <u>Keine eigenständigen Absetzversuche!</u>
Bedarfsmedikation	Der Arzt definiert einen eindeutigen Bedarfsfall und legt ihn schriftlich fest. Er informiert sich bei den Mitarbeitern über den Grund und die Häufigkeit der Vergabe bei jedem Arztkontakt.	Die Mitarbeiter geben die Psychopharmaka nur im Bedarfsfall. Es gibt eine verantwortliche Person, die darüber entscheidet. Die Situation und die Vergabe werden dokumentiert und bei der nächsten Arztvisite mit dem Arzt besprochen.

aus: Koch u. Dobrindt (2020)

## Anhang C. Arbeits- und Zeitplan gemäß Projektantrag

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
<b>Projektmanagement</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Studienvorbereitungen</b>																		
▪ Aktualisierung des Forschungsstandes	x																	
▪ Ermittlung des Modells der ärztlichen Versorgung in den Wohneinrichtungen in Baden-Württemberg und Sachsen als Basis für die clusterrandomisierte Rekrutierung (vgl. TP 2)	x																	
Meilenstein 1. Abschluss der Studienvorbereitung																		
<b>TP 1 Experteninterviews</b>																		
▪ Entwicklung des Leitfadens für die Experteninterviews	x	x																
▪ Rekrutierung der Experten		x	x															
▪ Durchführung der Experteninterviews			x	x														
▪ Transkription (inkl. Pseudonymisierung und Korrektur)				x	x													
▪ Inhaltlich-strukturierte Inhaltsanalyse nach Kuckartz [23]				x	x	x												
Meilenstein 2. Auswertung der Experteninterviews																		
<b>TP 2 Workshops mit Fokusgruppen und nominaler Gruppentechnik</b>																		
▪ Entwicklung des Workshop-Konzepts				x	x	x												
▪ Rekrutierung der Wohneinrichtungen	x	x	x	x	x	x												
▪ Durchführung der Workshops							x	x	x	x	x	x	x					
▪ Transkription (inkl. Pseudonymisierung und Korrektur) der Offenen Diskussion													x	x				
▪ Inhaltlich-strukturierte Inhaltsanalyse nach Kuckartz [23] und Dokumentarische Methode [24] der Offenen Diskussion													x	x	x			
▪ Erstellung eines einrichtungsspezifischen Maßnahmenkatalogs zur verbesserten Leitlinienumsetzung							x	x	x	x	x	x	x	x				
Meilenstein 3. Vorliegen von n=20+n einrichtungsspezifischen Maßnahmenkatalogen																		
<b>TP 3 Erstellung eines allgemeingültigen Maßnahmenkatalogs</b>																		
▪ Analyse aller einrichtungsspezifischen Maßnahmenkataloge aus TP 2													x	x	x	x		
▪ Zusammenstellung eines übergreifenden Maßnahmenkatalogs															x	x	x	
Meilenstein 4. Vorliegen eines allgemeingültigen Maßnahmenkatalogs																		
<b>Dissemination</b>																		
▪ Dissemination des allgemeingültigen Maßnahmenkatalogs an die bundesweit identifizierten Wohneinrichtungen sowie an die Einrichtungs- und Kostenträger																		x
▪ Ausarbeitung von Publikationen																x	x	x
▪ Ergebnisdarstellung auf Fachkongressen																		x
Meilenstein 5. Dissemination des allgemeingültigen Maßnahmenkatalogs																		

## Anhang D. Charakteristika der an der Maßnahmenentwicklung beteiligten Wohneinrichtungen

---

	Anzahl	Anteil (in %)
<b>Zielgruppen der Wohnheime</b> ( <i>Mehrfachnennungen möglich</i> )		
Menschen mit schwerer und schwerster intellektueller Behinderung/Mehrfachbehinderungen	16	73
Menschen mit leichter und mittelgradiger intellektueller Behinderung	13	59
Menschen mit intellektueller Behinderung und zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten bzw. chronischer psychischer Erkrankung	13	59
<b>Gesamtkapazität der Wohnheime</b>		
24-32 Bewohner:innen	6	29
33-48 Bewohner:innen	9	42
49-120 Bewohner:innen	6	29
<b>Ärztliches Versorgungsmodell</b>		
aufsuchend (d.h. der Arztkontakt findet in dem Wohnheim statt)	8	36
Komm-Struktur (d.h. der Arztkontakt findet in den Praxis- oder Klinikräumen statt)	4	18
gemischt, aufsuchend und Komm-Struktur	10	45
<b>Frequenz der Kontakte zu Ärzten und Ärztinnen, die für die PPT verantwortlich sind</b>		
mehrmals im Quartal	6	27
einmal im Quartal	11	50
einmal im halben Jahr	3	14
nach Bedarf	2	9
<b>Lage der Wohneinrichtungen</b>		
städtisch	13	59
ländlich	9	41

---

**Projekt *Entwicklung von Maßnahmen zur Optimierung der Leitlinienadhärenz  
in der Psychopharmakotherapie bei Personen mit Intellektueller Entwicklungsstörung (LePP-ID)***

**Leitfaden für Experteninterviews**

Vielen Dank vorab, dass Sie sich heute Zeit genommen haben, uns bei unserer Studie zu unterstützen. Ziel unserer Studie ist es, konkrete Maßnahmen für die Umsetzung der bestehenden Leitlinie für die Psychopharmakotherapie für Personen mit geistiger Behinderung zu entwickeln. Dazu möchten wir in einem späteren Projektabschnitt Fokusgruppen mit Mitarbeitenden aus Wohneinrichtungen durchführen.

Ärzt\*innen: Als Vorbereitung für diese Fokusgruppen möchten wir gerne vorab mit Expert\*innen sprechen, die aufgrund ihrer Funktion als Ärzte die Psychopharmakabehandlung verantworten und daher einen besonderen Einblick in die Psychopharmakotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung haben und uns wichtige Hinweise zur Umsetzung der Leitlinie geben können.

Leitungspersonen: Als Vorbereitung für diese Fokusgruppen möchten wir gerne vorab mit Expert\*innen sprechen, die aufgrund ihrer Funktion als Leitungsperson einer Wohneinrichtung für geistig behinderte Personen einen besonderen Einblick in die Psychopharmakotherapie dieser Personengruppe haben und uns wichtige Hinweise zur Umsetzung der Leitlinie geben können.

Daher freuen wir uns sehr, dass Sie sich als Expertin heute zur Verfügung stellen und mit uns über Ihre Erfahrungen und Ihre Sicht auf die Umsetzung der Leitlinie sprechen.

Ich denke, dass das Interview ca. 45-60 min dauern wird. Wir orientieren uns aber ganz nach Ihnen. Sie dürfen jede Frage so ausführlich beantworten, wie Sie möchten. Wenn etwas unklar ist, dann fragen Sie gerne einfach nach.

Noch kurz bevor wir starten eine kleine Anmerkung: Wenn ich von „Medikamenten“ spreche, sind damit immer Psychopharmaka gemeint. Wenn ich von „Behandlung“ spreche, meine ich die psychopharmakologische Behandlung. Wenn ich von „Bewohner\*innen“ spreche, sind Personen mit geistiger Behinderung gemeint, die in Wohnheimen leben.

**[Falls die Einverständniserklärung noch nicht unterschrieben wurde, Aufnahme ab hier starten]**

Vorab noch einmal eine Information zum Datenschutz: Diese Aufzeichnung wird von einer externen Firma transkribiert. Dabei achten wir sehr streng auf die Einhaltung des Datenschutzes. Alle Informationen, die Rückschlüsse auf Sie als Person oder Ihre Einrichtung geben könnten, werden verändert oder gelöscht. Wenn wir die Ergebnisse später veröffentlichen, werden keine Namen, andere personenbezogene oder einrichtungsbezogene Daten genannt, d.h. es wird nicht möglich sein, Sie als Person oder Ihre Einrichtung zu identifizieren.



Haben Sie die Studieninformation erhalten und hatten Sie ausreichend Zeit, diese zu lesen sowie Fragen zu stellen?

Haben Sie noch Fragen dazu?

[Falls keine Einverständniserklärung vorliegt]: Sind Sie mit der Studienteilnahme einverstanden?

Wie Sie wissen, wird unser Gespräch zum Zwecke der späteren Auswertung aufgezeichnet.

Ist es für Sie in Ordnung, wenn ich die Aufzeichnung nun starte? **[Aufzeichnung starten]**

**Einleitung:** Wie vorhin ja schon kurz beschrieben, ist das Ziel unseres Projekts, einen Maßnahmenkatalog für die praktische Umsetzung der LL zu erstellen. Dazu möchten wir später Fokusgruppen mit Mitarbeitenden aus Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung sowie dort tätigen Ärzten führen. Als Vorbereitung für die Fokusgruppen, interessiert mich heute Ihre Sicht auf die Möglichkeiten zur Umsetzung der Leitlinie in der Praxis.

Inhaltlicher Fokus	Themen	Leitfrage	Vertiefende Fragen	Optionale Nachfragen
1.) Offener Einstieg	<b>Priorisierung / Allgemeine Schwierigkeiten bei der LL Umsetzung</b>	Wir haben Ihnen ja bereits die Übersicht zu den Empfehlungen der Leitlinie gesendet.  Welche Empfehlungen der Leitlinie sind für Sie die Wichtigsten?  Wo sehen Sie die größten Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Empfehlungen?	<u>Die größten Problemfelder bei den Empfehlungen:</u>  Was ist am schwierigsten umzusetzen?  <u>Gründe nachfragen:</u> Können Sie dazu noch etwas sagen?  Fällt Ihnen dazu ein Beispiel ein?	
2.) Schwierigkeiten bei der Umsetzung der LL und Verbesserungsvorschläge	<b>2.1 PB sollte Bedürfnissen/Interessen der geistig behinderten Person entsprechen</b>	Es ist wichtig, dass die Psychopharmakabehandlung vollumfänglich den Bedürfnissen und Interessen der	Welche Schwierigkeiten sehen Sie dabei?	<u>Nicht Interesse der MA oder andere Personen sind entscheidend:</u>

		<p>geistig behinderten Person entspricht.</p> <p>Wie werden diese Interessen und Bedürfnisse bei der Behandlung berücksichtigt?</p>	<p>Was könnte konkret getan werden, dass die Behandlung den Bedürfnissen und Interessen der geistig behinderten Person entspricht?</p>	<p>In welchem Rahmen werden die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner berücksichtigt?</p> <p>(z.B. regelmäßige Fallgespräche mit Bewohner)</p>
	<b>2.2 Aufklärung der geistig behinderten Person</b>	<p>Wie sehen Sie Möglichkeiten, dass die Personen mit geistiger Behinderung über die Behandlung, also z.B. über die angestrebten Wirkungen und die möglichen Nebenwirkungen, informiert werden?</p>	<p>Welche Schwierigkeiten gibt es bei der Aufklärung der Bewohner?</p> <p>Wie kann die Aufklärung der in Wohneinrichtungen lebenden Personen mit IE am besten gelingen?</p>	<p><u>Umsetzung</u></p> <p>Wie kann die Information der gesetzl. Betreuer erfolgen?</p> <p><u>Verantwortlichkeit</u></p> <p>Wer ist aus Ihrer Sicht für die Ausklärung der Bewohner verantwortlich?</p>
	<b>2.3 Mitarbeitende</b>	<p>Wie ist Ihre Sicht auf die Rolle der Mitarbeitenden bei der PB und deren Wissen über die PB?</p> <p>Worüber sollten die Mitarbeitenden Ihrer Meinung nach informiert werden?</p>	<p><u>Einbezug der Mitarbeitenden</u></p> <p>Welche Schwierigkeiten sehen Sie beim Einbeziehen der Mitarbeitenden in die Behandlung?</p> <p>Wie könnten die Mitarbeitenden besser in die Behandlung einbezogen werden?</p>	<p><u>MA unzureichend informiert</u></p> <p>Denken Sie, die Mitarbeitenden sind ausreichend informiert über die Behandlung und die Wirkungen und Nebenwirkungen?</p> <p>Erhalten Mitarbeitende auch Informationen zu Behandlung und Medikamenten?</p>

			<u>Off-Label Gebrauch</u> Werden Mitarbeitende bei Off-Label-Gebrauch besonders informiert?	Was erleichtert/erschwert die Aufklärung der Mitarbeitenden bzgl. des Off-Labels-Gebrauchs?
	<b>2.4 Verordnung und Überwachung der Einnahme</b>	Mich würde interessieren, wie es zur Verschreibung von Psychopharmaka kommt. (Antworten generieren, um später darauf zurückzugreifen)	<u>Diagnostik und klare Indikation zu Beginn</u> Welche Schwierigkeiten gibt es bei der Diagnostik oder Indikationsstellung?  Wie kann es aus Ihrer Sicht gelingen, die Indikationsstellung ausreichend abzuklären?	<u>Fehlende Abstimmung zwischen den involvierten Personengruppen</u>  Wer ist bei der Diagnostik und Indikationsstellung involviert?  Wie stimmen sich die Personen, die bei der Diagnostik involviert sind untereinander ab?

		<p>b.) Wie wird die Behandlung im weiteren Verlauf überwacht und kontrolliert?</p>	<p><u>Sicherstellung der Einnahme gemäß Verordnung</u></p> <p>Sehen Sie Schwierigkeiten darin, dass die Medikation auch wie verordnet eingenommen wird?          [Wenn ja]: Welche?          [Wenn nein]: Wie wird das erreicht?</p> <p><u>Überprüfung Wirkung</u> (Notwendigkeit; Dosierung; Anpassung)</p> <p>Welche Schwierigkeiten gibt es bei der regelmäßigen Überprüfung, ob ein Medikament noch benötigt wird oder die Dosierung geändert werden muss?</p> <p>Wie könnte das verbessert werden?</p> <p><u>Nebenwirkungen</u></p> <p>Welche Schwierigkeiten gibt es bei der Überwachung der NW?</p> <p>Was wäre hilfreich?</p>	<p><u>Fehlende Verantwortlichkeiten (kann bei allen Kontrollen im Verlauf wichtig sein, spontan entscheiden, ob fragen)</u></p> <p>Wer ist für die Kontrollen zuständig, wer koordiniert das (z.B., dass bei unerwünschten Wirkungen die Vorstellung beim Arzt erfolgt)?</p>
--	--	--	---	--

			<p><u>Monitoring Parameter</u></p> <p>Was sind wichtige Faktoren, damit zentrale Parameter (wie zB Labor, EKG) regelmäßig überprüft werden?</p> <p>Welche Schwierigkeiten gibt es dabei?</p> <p>Was wäre hilfreich?</p> <p><u>Monitoring Umweltveränderungen</u></p> <p>Wie können aus Ihrer Sicht relevante Umweltfaktoren (z.B. Wechsel von Bezugsbetreuer, Veränderung in der Wohneinrichtung, neuer Mitbewohner im Zimmer) geprüft werden?</p>	<p>Wie werden diese Parameter erfasst?</p> <p>Wer ist für die Überprüfung der Parameter verantwortlich?</p> <p>Wie werden diese Umweltänderungen erfasst?</p> <p>Wer ist für die Überprüfung relevanter Umweltfaktoren verantwortlich?</p>
	<b>2.5 Bedarfsmedikation</b>	Wie wird aus Ihrer Sicht der Einsatz von Bedarfsmedikation gehandhabt?	Welche Schwierigkeiten sehen Sie im Umgang mit der Bedarfsmedikation?	<p><u>Unzureichende Aufklärung</u></p> <p>Werden Mitarbeitende bei der Bedarfsmedikation besonders informiert?</p>

			Was würde den Umgang mit Bedarfsmedikation unterstüt- zen?	<u>Fehlende Anleitungen</u> Gibt es exakte Handlungsan- leitungen für den Gebrauch der Bedarfsmedikation?
	<b>2.6 Nicht-psycho-pharmakologischer Behandlungsmethoden</b>	In den Vorstudien haben uns Mitarbeitende gesagt, dass nicht-pharmakologische Be- handlungsmethoden stärker in Betracht gezogen werden sollten – entweder ergän- zend oder anstelle der PB.  Was ist Ihre Sicht darauf?	Welche Schwierigkeiten gibt es dabei?  Welche Möglichkeiten zur Verbesserung sehen Sie?	<u>Berücksichtigen von Alterna- tiven</u> Welche Faktoren sind wich- tig, dass nicht-psycho-phar- makologischen Alternativen in Betracht gezogen werden?  <u>Überprüfung von Alternativen</u>  Inwiefern werden aus Ihrer Sicht die Möglichkeiten alter- native Behandlungsmetho- den regelmäßig überprüft? Was kann verbessert wer- den, um dies zu ermögli- chen?
<b>3.) Modell der ärztlichen Versorgung</b>	<b>Aufsuchende vs. nachge- hende Angebote</b>	Das waren meine Fragen zu den Empfehlungen der LL. Nun habe ich noch eine ab- schließende Frage an Sie:  In den Wohneinrichtungen finden verschiedene Modelle der ärztlichen Versorgung	In welcher Weise könnte das die Umsetzung der Empfeh- lungen der LL beeinflussen?  Können Sie etwas dazu sa- gen, wie das in Ihrer Praxis geregelt ist und wie das zu- stande kam?	

		<p>Anwendung, wie nachgehend, aufsuchend und Mischformen.</p> <p>Hat das ärztliche Versorgungsmodell aus Ihrer Sicht eine Bedeutung für die Umsetzung der Empfehlungen der LL?</p>	Gibt es Schwierigkeiten bei diesem Versorgungsmodell?	
<b>4.) Abschluss Bedanken</b>	<b>Themen, die über unsere Vorannahmen hinaus gehen</b>	<p>Nun sind wir am Ende des Interviews angelangt: Gibt es noch etwas, das wir noch nicht besprochen haben, Ihnen aber wichtig ist, zu erwähnen?</p> <p>Vielen Dank für Ihre Teilnahme!</p>		

Zum Schluss noch ein paar allgemeine Fragen:

Welche Tätigkeit üben Sie zurzeit aus? \_\_\_\_\_

Wie lange üben Sie diese Tätigkeit schon aus? \_\_\_\_\_ Jahre

Leitungsperson: Wie lange arbeiten Sie schon in der Wohneinrichtung, in der Sie aktuell tätig sind? \_\_\_\_\_ Jahre

Ärzt\*in: Seit wann behandeln Sie Menschen mit geistiger Behinderung, welche in institutionalisierten Wohneinrichtungen leben? \_\_\_\_\_ Jahre



Welches Modell der ärztlichen Versorgung findet in Ihrer Einrichtung/ durch Sie statt? Aufsuchend oder nachgehend? \_\_\_\_\_

Anlage 2 Kategoriensystem mit Ankerbeispielen

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
Patientenzentriertheit der PPT	<p>PPT umfasst sämtliche Aspekte von der Diagnosestellung, über Aufklärung der Person mit IE bis hin zu Monitoring während der Behandlung sowie eventuelle Anpassungen bzw. Absetzversuche; ebenso den Bereich Bedarfsmedikation</p> <p>Die Kategorie beantwortet daher folgende Fragen:</p> <p>Wie kann die PPT besser den Bedürfnissen und Interessen der Person mit IE entsprechen?            Wie können Personen mit IE besser in die PPT einbezogen werden?            Wie kann eine erfolgreiche Aufklärung für Personen mit IE gelingen?            Welche Inhalte müssen vermittelt werden und wie?</p>	<p>„Ich versuche es in einfacher Sprache oder in leichter Sprache und trotzdem ist es oft schwierig. Und bei vielen einfach schlichtweg unmöglich.“            (IP 13, Ärzt:in)</p>
Fachwissen der an der PPT beteiligten Personen	<p>Das Fachwissen umfasst vor allem das Wissen bzgl. der PPT bei Personen mit IE (v.a. bei Mitarbeitenden) sowie bzgl. der Personengruppe Menschen mit IE (v.a. bei Ärzt:innen).</p> <p>Die Kategorie beantwortet daher folgende Fragen:</p> <p>Wie können Ärzt:innen mehr Wissen über die Personengruppe von Menschen mit IE erlangen und so sensibler mit ihren Patient:innen in Kontakt treten?            Wie können MA mehr Wissen zur PPT bei Personen mit IE erlangen?</p>	<p>„Also die Weiterbildung in den Einrichtungen kann ich nur begrüßen, ist auch sehr hilfreich. Und wenn es noch dazu führt, dass die Weiterbildung nicht nur für den Heilpädagogen, sondern dass auch Kliniker und Ärzte mit dabei sind, das wäre sehr, sehr vorteilhaft.“ (IP 1, Leitungsperson)</p>
Austausch und Zusammenarbeit der PPT beteiligten Personen	<p>Zusammenarbeit und Austausch über die Prozesse der PPT zwischen allen Beteiligten (z.B. unzureichende Aufklärung der Mitarbeitenden durch Ärzt:in bzgl. der Medikation, unzureichende Dokumentation durch Mitarbeitende</p> <p>Die Kategorie beantwortet daher folgende Frage:</p> <p>Wie kann die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen Mitarbeitenden und Ärzt:in besser gestaltet werden?</p>	<p>„Und dann aber auch eine Vereinbarung zwischen Arzt und Mitarbeiter: Was sollen wir denn dokumentieren? Was wäre denn für ihn wichtig? Ja, und, ja also da einfach diese Zusammenarbeit in, -ja-, verbessern, also klar, die Mitarbeiter brauchen eine Aufklärung vom Arzt.“ (IP 11, Leitungsperson)</p>

# Maßnahmen zur Förderung einer leitliniengerechten Psychopharmakotherapie

von in Wohnheimen lebenden Menschen  
mit geistiger Behinderung.

---

Empfehlungen und Ideen aus der Praxis

## Nutzungsrecht und Urheberrecht

Der Katalog soll in der Praxis zum Einsatz kommen, die Maßnahmen sollen dort geprüft und gegebenenfalls an die strukturellen Rahmenbedingungen des eigenen Wohnheims angepasst werden. Die Übersicht soll zudem dazu anregen, gegebenenfalls einrichtungsintern Maßnahmen zu entwickeln, die im vorgelegten Katalog noch nicht aufgeführt sind. Insofern darf und soll der Katalog einrichtungsintern bearbeitet und in dieser bearbeiteten Form allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des eigenen Wohnheims zur Verfügung gestellt werden. Dabei ist zu beachten, dass die Maßnahmen darauf zielen, eine leitlinienkonforme PPT umzusetzen und die Anpassung der Maßnahmenumsetzung nur in dem Rahmen vorgenommen wird, in dem das Ziel der Leitlinienumsetzung gewahrt bleibt.

Über diesen einrichtungsinternen Gebrauch hinaus sind alle Inhalte dieses Kataloges urheberrechtlich geschützt. Dies bedeutet, dass der Katalog über diesen einrichtungsinternen Gebrauch hinaus ohne ausdrückliche und schriftliche Zustimmung weder ganz noch in Teilen vervielfältigt, verbreitet, bearbeitet, übersetzt oder öffentlich wiedergegeben oder öffentlich zugänglich gemacht werden darf.

Das Urheberrecht liegt bei Matthias Schützwahl, Silvia Krumm und Mitarbeiterinnen.

Zur Überlassung von weiteren Nutzungsrechten wenden Sie sich bitte an Matthias Schützwahl (E-Mail: [matthias.schuetzwahl@uniklinikum-dresden.de](mailto:matthias.schuetzwahl@uniklinikum-dresden.de)).

Der Katalog enthält Hinweise bzw. Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt die Autoren und Autorinnen einen Einfluss haben und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Linkerstellung wurden die externen Websites überprüft und dabei keine Rechtsverletzungen festgestellt.

## Vorwort

In seiner Zielstellung, zu einer leitliniengerechteren Psychopharmakotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung beizutragen, reiht sich dieser Katalog in Initiativen ein, die national und international angesichts einer insgesamt als kritisch zu bewertenden Praxis ergriffen wurden.

In seiner Entstehung basiert der Katalog auf der Überlegung, dass die Verantwortung für die **Erstellung** von Leitlinien in den Händen von Fachgesellschaften und anderen Organisationen liegt und ein Teil möglicher Maßnahmen zur Leitlinienimplementierung überregional geleistet werden kann. Wir sind aber davon überzeugt, dass die Verantwortung für die **Umsetzung** der Leitlinien bei den im Versorgungsalltag handelnden Personen liegt, also z.B. bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Patienten und Patientinnen, mit Blick auf die Psychopharmakotherapie von in institutionalisierten Wohnformen lebenden Menschen mit geistiger Behinderung ganz wesentlich aber auch bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Wohnheime.

Vor dem Hintergrund dieser Grundüberzeugung wurden die in diesem Katalog aufgeführten Maßnahmen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus zufällig ausgewählten Wohnheimen in Sachsen, Baden-Württemberg und Bayern entwickelt, in der Regel im Austausch mit den für die Verordnung von Psychopharmaka verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten. Wir danken allen Beteiligten ganz herzlich für ihr Engagement, das diesen Katalog erst möglich gemacht hat.

Wir danken auch der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg, dem Landesverband Sachsen der Arbeiterwohlfahrt, dem Caritasverband für das Bistum Dresden-Meißen e.V., dem Diakonischen Werk der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsen sowie dem Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Sachsen, die bereits vor Projektbeginn zugesagt hatten, unser Vorhaben zu unterstützen.

Das diesem Katalog zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF20021 gefördert.

Matthias Schützwohl, Indra Krönke, Annegret Reupert (TU Dresden)  
Silvia Krumm, Lea Mayer, Nicole Stasch (Universität Ulm)

## Inhalt

Kapitel 1	<u>Einführung</u>	6
Kapitel 2	<u>Entwicklung des Maßnahmenkatalogs</u>	9
Kapitel 3	<u>Hinweise zum Gebrauch des Maßnahmenkatalogs</u>	12
Kapitel 4	<u>Übersicht über Maßnahmen nach Leitlinienbereichen</u>	15
4.1	<u>Grundprinzipien der Psychopharmakotherapie</u>	16
4.2	<u>Indikationsstellung, Monitoring und Überprüfung der Verordnung im Verlauf</u>	18
4.3	<u>Verordnung und Verabreichung</u>	21
4.4	<u>Berücksichtigung nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen</u>	23
Kapitel 5	<u>Übersicht über Maßnahmen nach Praxisbereichen</u>	24
5.1	<u>Kontakt mit Person mit geistiger Behinderung</u>	25
5.2	<u>Visite</u>	27
5.3	<u>Zusammenarbeit im Team</u>	29
5.4	<u>Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal</u>	30
5.5	<u>Zusammenarbeit mit Familienangehörigen</u>	31
5.6	<u>Vermittlung und Verfügbarmachen von Wissen zur PPT</u>	32
5.7	<u>Ärztliche Maßnahmen</u>	33
Kapitel 6	<u>Darstellung wohnheimspezifischer Maßnahmen</u>	34
6.1	<u>Kontakt mit Person mit geistiger Behinderung (K)</u>	35
6.2	<u>Zusammenarbeit im Team (T)</u>	53
6.3	<u>Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal (M)</u>	65
6.4	<u>Zusammenarbeit mit Familienangehörigen (F)</u>	70
6.5	<u>Visite (V)</u>	75
6.6	<u>Wissen zur PPT vermitteln und verfügbar machen (W)</u>	90
Kapitel 7	<u>Darstellung ärztlicher Maßnahmen (A)</u>	97
	<u>Literatur</u>	111
	<u>Anhang</u>	113

## Legende

PPT = Psychopharmakotherapie

MZEB = Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung

WfbM = Werkstatt für behinderte Menschen

### Hinweise zu verwendeten Bezeichnungen

In den an der Erstellung des Maßnahmenkatalogs beteiligten Einrichtungen wurden unterschiedliche Bezeichnungen für die an der Psychopharmakotherapie beteiligten Personengruppen verwendet. Jede sprachliche Bezeichnung geht mit spezifischen Bedeutungen einher, z.B. bezogen auf den Begriff „Behinderung“ oder auf das „grammatische Geschlecht“. Wir haben uns bei der Erstellung des vorliegenden Katalogs um einen sensiblen Umgang mit Sprache bemüht, ebenso wie um eine lesefreundliche Gestaltung des Textes. Wir bitten um Nachsicht, wenn uns dies nicht immer gelungen ist.

Für die in Wohnheimen lebenden Menschen mit geistiger Behinderung verwenden wir die Bezeichnungen „Person mit geistiger Behinderung“ bzw. im entsprechenden Kontext „Bewohner:in“.



Weiterhin verwenden wir im Text die Wörter „Arzt“ oder „Ärztin“, gemeint sind Psychiater:innen und Neurologen bzw. Neurologinnen, die die in Wohnheimen lebenden Personen mit geistiger Behinderung begleiten. Der Begriff umfasst aber auch diejenigen Allgemeinmediziner:innen, die Psychopharmaka für diesen Personenkreis verordnen. Als Hausarzt oder Hausärztin bezeichnen wir Ärzte und Ärztinnen, die für die medizinische Grundversorgung zuständig sind; es handelt sich in der Regel um Allgemeinmediziner:innen oder Internisten bzw. Internistinnen.

Mit „Fachdienst“ bezeichnen wir Mitarbeitende, die speziell für die Organisation und Koordination der medizinischen und therapeutischen Betreuung der Bewohner:innen verantwortlich sind.



Kapitel 1

# Einführung

Personen mit einer geistigen Behinderung haben häufig einen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgungsbedarf, weil sie zum Beispiel an einer psychischen Störung erkrankt sind oder aber aus anderen Gründen Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die einen psychiatrischen oder auch einen psychotherapeutischen Versorgungsbedarf implizieren, zum Beispiel selbst- oder fremdaggressives Verhalten, einen außergewöhnlichen sozialen Rückzug oder auch ein sonderbares, bizarres Verhalten, das unangemessen ist und die Person selbst oder das Umfeld belastet.

Dieser Versorgungsbedarf ist leider sehr häufig nur unzureichend gedeckt. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass es zu wenig Psychiater:innen oder Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten gibt, die sich in der Behandlung von Personen mit geistiger Behinderung ausreichend qualifiziert fühlen. Das Thema ist noch immer sehr selten Gegenstand von Aus- und Weiterbildung, und auch die Forschung beschäftigt sich nur sehr begrenzt mit der Thematik. Studien, die sich zum Beispiel mit der Wirksamkeit von Psychotherapie oder auch von anderen nicht-psychopharmakologischen Interventionen bei Personen mit geistiger Behinderung beschäftigen, liegen kaum vor.

Unabhängig davon sind Psychopharmaka auch bei Personen mit einer geistigen Behinderung ein wesentlicher Bestandteil einer in der Regel multimodalen Behandlung. Allerdings sollten sie nur bei eindeutiger Indikationsstellung sowie unter Beachtung ethischer Grundprinzipien verordnet werden. Verhaltensauffälligkeiten sollten allenfalls vorübergehend und nicht ausschließlich psychopharmakologisch behandelt werden.

Aus aktuellen Studien ist jedoch bekannt, dass diese Grundsätze auch in Deutschland nicht ausreichend berücksichtigt werden. Vor allem Neuroleptika werden zu häufig und trotz fehlender Evidenz z.B. zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten verordnet. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wurden von verschiedenen Autorinnen und Autoren Leitlinien zum Einsatz von Psychopharmaka bei Personen mit geistiger Behinderung vorgelegt, z.B. von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)<sup>1-4</sup>.

Die Zielstellungen dieser Leitlinienempfehlungen, die im [Anhang A](#) tabellarisch zusammengefasst sind, sind umfassend. Ein zentraler Grundsatz ist zum Beispiel, dass die Verordnung und Behandlung patientenzentriert erfolgen und damit vor allem den wohlverstandenen Bedürfnissen und Interessen der Patienten entsprechen soll. Die Angehörigen sowie bei in einem Wohnheim lebenden Personen mit geistiger Behinderung auch die dort tätigen Mitarbeitenden sind in die Behandlung einzubeziehen und zu unterstützen. Im gesamten Verlauf einer Psychopharmakotherapie muss sichergestellt werden, dass Psychopharmaka nur nach umfassender Diagnostik verordnet werden und dass die Indikationsstellung regelhaft überprüft wird und Dosisreduktionen regelhaft in Erwägung gezogen werden. Die im Rahmen einer Verordnung notwendigen körperlichen, apparativen und laborchemischen Untersuchungen sind regelmäßig in erforderlichen Abständen durchzuführen.

Es ist zudem sicherzustellen, dass die Einnahmевorschriften beachtet und Wirkungen und Nebenwirkungen möglichst standardisiert erhoben werden. Die Optionen einer nicht-psychopharmakologischen Behandlung der Symptomatik sind regelhaft zu prüfen.

Während die Verantwortung für die Erstellung von Leitlinien in den Händen von Fachgesellschaften oder anderer Organisationen liegt und ein Teil möglicher Maßnahmen zur Leitlinienimplementierung überregional geleistet werden kann (z.B. die Entwicklung von Versionen für Anwenderinnen bzw. Anwendern und Patientinnen bzw. Patienten, sowie von Qualitätsindikatoren zur Messung der Leitlinienkonformität), liegt die Verantwortung für die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen nach allgemeinem Verständnis letztlich bei den handelnden Akteurinnen und Akteuren. Mit Blick auf die Psychopharmakotherapie bei in Wohnheimen lebenden Personen mit geistiger Behinderung liegt die Verantwortung also ganz wesentlich bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in den Wohnheimen, wobei sich die jeweiligen konkreten Aufgaben, wie im [Anhang B](#) aufgezeigt, ergänzen.

Um dieser Verantwortung möglichst umfassend gerecht werden zu können, sollten von den Verantwortlichen Überlegungen angestellt und Maßnahmen entwickelt werden, die vor dem Hintergrund der im Arbeitsalltag vorhandenen strukturellen und personellen Gegebenheiten zu einer möglichst leitliniengerechten Psychopharmakotherapie beitragen können. Dies war Gegenstand von insgesamt 22 Workshops, über die in [Kapitel 2](#) ausführlicher berichtet wird.

Kapitel 2

# **Entwicklung des Maßnahmenkatalogs**

## Welches Ziel ist mit dem Maßnahmenkatalog verbunden?

Der vorliegende Maßnahmenkatalog wurde im Rahmen eines durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderten Projektes der Technischen Universität Dresden (Prof. Matthias Schützwohl) und der Universität Ulm (Prof. Silvia Krumm) entwickelt. Ziel war es, ausgehend von eigenen Vorarbeiten, im Austausch und in Zusammenarbeit mit in der Praxis tätigen Expertinnen und Experten einen möglichst allgemeingültigen Maßnahmenkatalog zu entwickeln. Dieser soll bundesweit zu einer leitliniengerechteren psychopharmakologischen Behandlung von in institutionalisierten Wohnformen lebenden Personen mit geistiger Behinderung beitragen. Das Projekt wurde zwischen April 2021 und September 2022 umgesetzt.

## Wie wurde dieses Ziel umgesetzt?

Das Projekt war in drei Abschnitte gegliedert. Im ersten Projektabschnitt wurden Interviews mit Ärzten und Ärztinnen, die für die Psychopharmakotherapie (PPT) von Personen mit geistiger Behinderung zuständig sind, sowie mit Leitungspersonen von Wohnheimen für Personen mit geistiger Behinderung geführt, um hinderliche und förderliche Faktoren für die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen zu identifizieren. Die Informationen aus diesen Befragungen dienten der inhaltlichen Vorbereitung und Strukturierung von Workshops, die im zweiten Projektabschnitt mit Mitarbeitenden zufällig ausgewählter Wohnheime sowie, zumeist, den dort für die medizinische Behandlung zuständigen Ärzten und Ärztinnen durchgeführt wurden. Ziel dieser Workshops war es, Maßnahmen zu entwickeln, die zu einer möglichst leitliniengerechten PPT der Bewohner:innen der eigenen Wohnheime beitragen können. Im dritten und abschließenden Projektabschnitt wurden die Ergebnisse dieser Workshops in einem allgemeingültigen Maßnahmenkatalog zusammengefasst. Diesen Maßnahmenkatalog halten Sie nun in den Händen.

## Wie wurden die Maßnahmen in den Workshops erarbeitet?

Die Maßnahmen wurden nach der Vorstellung von zentralen Aspekten einer leitliniengerechten PPT in drei moderierten Diskussionen entwickelt. Thematische Schwerpunkte waren dabei: (i) Patientenzentriertheit der PPT, (ii) Wissen zu PPT und (iii) Austausch und Zusammenarbeit in der PPT. Jede dieser thematischen Diskussionen wurde mit einer Vorstellung der jeweiligen Fragestellung und einer Ideensammlung begonnen. Hierbei konnte jede Teilnehmerin bzw. jeder Teilnehmer die eigenen Ideen benennen. Diese wurden nachfolgend zusammengetragen, nach inhaltlichen Schwerpunkten strukturiert und anschließend im gemeinsamen Austausch der Teilnehmergruppe diskutiert und konkretisiert. Es wurden sowohl neue Maßnahmen als auch solche, die bereits in dem jeweiligen teilnehmenden Wohnheim umgesetzt werden, benannt. Alle in diesem Katalog beschriebenen Maßnahmen wurden von den Teilnehmenden der Workshops erarbeitet und damit von Fachkräften, die im Rahmen ihrer täglichen Arbeit und aufgrund teils langjähriger Erfahrungen in der Begleitung von Personen mit geistigen Behinderungen über ein wertvolles Praxiswissen verfügen. Das Praxiswissen der Fachkräfte bildet damit die grundlegende Basis für diesen Katalog.

## Wer nahm an den Workshops teil?

Die Auswahl der Wohnheime, die um Teilnahme an dem Projekt gebeten wurden, erfolgte nach dem Zufallsprinzip aus der Gesamtzahl aller Wohnheime in Baden-Württemberg, Bayern und Sachsen, wobei bei der Auswahl zudem die zuvor erhobenen unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen berücksichtigt wurden. Dieses Vorgehen sollte gewährleisten, dass die teilnehmenden Wohnheime die heterogene Versorgungspraxis mit unterschiedlichen ärztlichen Versorgungsmodellen, unterschiedlichen Ausprägungsgraden der geistigen Behinderung der Bewohner:innen oder auch unterschiedlichen strukturellen Rahmenbedingungen abbilden.

Es wurden letztlich Workshops in insgesamt 22 Wohnheimen in Bayern (5), Baden-Württemberg (7) und Sachsen (10) durchgeführt. An den Workshops nahmen im Durchschnitt sechs Personen teil (kleinste Gruppe: 4; größte Gruppe: 10). Für fünf Workshops konnte kein(e) für die PPT zuständige(r) Arzt oder Ärztin für eine Teilnahme gewonnen werden.

Weitere Charakteristika der Wohnheime können der Tabelle im [Anhang C](#) entnommen werden.

## Kapitel 3

# **Hinweise zum Gebrauch des Maßnahmenkatalogs**

Sie können den Maßnahmenkatalog als Informations- und Orientierungshilfe nutzen, um Antworten auf folgende Fragen zu suchen:

- (i) Was sind die Kennzeichen einer leitliniengerechten PPT bei Personen mit geistiger Behinderung?
- (ii) Welche konkreten Maßnahmen könnten dazu beitragen, dass ich bestimmte Leitlinienempfehlungen (z.B. Patientenzentriertheit der Verordnung und Behandlung) stärker in meinem Arbeitsalltag berücksichtigen kann?
- (iii) Wie kann ich in bestimmten Situationen in meinem Arbeitsalltag (z.B. im Kontakt mit der Person mit geistiger Behinderung) die Leitlinienempfehlungen berücksichtigen? Welche konkreten Maßnahmen würden mich dabei unterstützen?
- (iv) Mit welchen konkreten Maßnahmen kann der für die PPT zuständige Arzt oder die Ärztin zu einer leitliniengerechteren PPT beitragen?

In den Kapiteln 4 und 5 finden Sie zunächst eine **Übersicht über die Maßnahmen**, die in den Workshops erarbeitet wurden. Im [Kapitel 4](#) können Sie die **Maßnahmen finden, die zur Umsetzung einer bestimmten Leitlinienempfehlung beitragen** (z.B. Maßnahmen zur Berücksichtigung nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen). Suchen Sie **Maßnahmen für einen bestimmten Bereich Ihres Arbeitsalltages** (z.B. Maßnahmen für die Vorbereitung der Visite), können Sie die Tabellen in [Kapitel 5](#) nutzen. Diese Bereiche des Arbeitsalltages (sog. Praxisbereiche) wurden aus den erarbeiteten Maßnahmen der Wohnheime und somit auf Grundlage der Praxiserfahrung der Teilnehmenden entwickelt.

In den Kapiteln 4 und 5 sind nur die Titel der Maßnahmen aufgeführt. Zu der ausführlichen Maßnahmenbeschreibung, die sich in den Kapiteln 6 und 7 findet, gelangen Sie über den in den Tabellen aufgeführten Code, der angeklickt werden kann bzw. über den Hinweis auf die Seite, auf der die Maßnahme ausführlich beschrieben wird.

Den zentralen Bestandteil des Dokuments bilden Maßnahmen für die Mitarbeitenden in Wohnheimen für Personen mit geistiger Behinderung ([Kapitel 6](#)). Ergänzend hierzu werden Maßnahmen berichtet, die weitgehend in der Verantwortung der Ärzte und Ärztinnen liegen ([Kapitel 7](#)). Wir haben diese Maßnahmen in den Katalog mit aufgenommen, da sie in den Workshops erarbeitet wurden und weil sich die Verantwortungsbereiche der Mitarbeitenden in den Wohnheimen und der ärztlichen Kollegen und Kolleginnen ergänzen und durchaus auch überschneiden.

In den Kapiteln 6 und 7 erfolgt eine detaillierte Beschreibung der jeweiligen Maßnahmen. Am Anfang jeder Maßnahmenbeschreibung finden Sie einen Absatz zur **Bedeutung** der jeweiligen Maßnahme für eine leitliniengerechte PPT bei Personen mit geistiger Behinderung. Dieser Absatz dient dem tieferen Verständnis der Wirkung dieser Maßnahme auf weitere Prozesse und Bestandteile der PPT und damit auch dem Verständnis, worin genau die intendierte Annäherung an eine leitliniengerechte PPT bei Personen mit geistiger Behinderung besteht.



Die Bedeutung der Maßnahmen ist zum Teil ähnlich, aber bezüglich des Inhaltes oder der handelnden Personen unterscheiden sich diese voneinander.

In den nachfolgenden Ausführungen zur **Umsetzung** finden Sie Anregungen dazu, wie eine Maßnahme konkret in Ihrem Wohnheim realisiert werden könnte. **Diese Anregung können Sie eigenständig auf die ganz individuellen Gegebenheiten in Ihrem Wohnheim anpassen** bzw. weiterentwickeln. Dabei ist zu beachten, dass die Maßnahmen darauf zielen, eine leitlinienkonforme PPT umzusetzen und die Anpassung der Maßnahmenumsetzung nur in dem Rahmen vorgenommen wird, in dem das Ziel der Leitlinienumsetzung gewahrt bleibt.

## Kapitel 4

# Übersicht über Maßnahmen nach Leitlinienbereichen

## 4.1 Grundprinzipien der Psychopharmakotherapie

### **Patientenzentriertheit der Verordnung und Behandlung | Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen und Umfeld | Aufklärung und Einwilligung (Patient/gesetzlicher Betreuer/ Bezugspersonen)**

Personen mit geistiger Behinderung haben selbstverständlich das Recht, in ihren individuellen Fähigkeiten sowie ihrem unterschiedlichen Hilfebedarf wahrgenommen und respektiert zu werden. Im Mittelpunkt aller Überlegungen zur PPT stehen daher die wohlverstandenen Interessen der Person mit geistiger Behinderung. Dies gilt auch im Fall widerstreitender Interessen anderer Personen oder Institutionen.

Angesichts gesetzlicher Verpflichtungen und ethischer Vorgaben ist die Person mit geistiger Behinderung, soweit einwilligungsfähig, vor Beginn einer psychopharmakologischen Behandlung umfassend z.B. über das Therapierational sowie die möglichen unerwünschten Nebenwirkungen und alternativen Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären. Die Behandlung kann erst nach einer solchen umfassenden Aufklärung und einer entsprechenden Einwilligung begonnen werden. Falls die Person mit geistiger Behinderung nicht einwilligungsfähig ist, ist sie trotzdem in geeigneter Form möglichst umfassend aufzuklären. Die Einwilligung ist dann über den gesetzlichen Vertreter oder die gesetzliche Vertreterin einzuholen.

In geeigneter Form sollten auch die Mitarbeitenden betreuter Wohnformen und die Angehörigen über das Behandlungskonzept informiert werden, also zum Beispiel über die Überlegungen zur Indikationsstellung und die angestrebten Wirkungen und Grenzen der PPT. Ziel ist es, die Mitarbeitenden und Angehörigen in ihrem Verständnis sowie in ihrem eigenen Handeln zu unterstützen.

In der Tabelle 4.1 sind die möglichen Maßnahmen zur Umsetzung der Grundprinzipien der Psychopharmakotherapie aufgeführt. Zu der ausführlichen Beschreibung der jeweiligen Maßnahme in Kapitel 6 bzw. 7 gelangen Sie über den Code bzw. die Seitenzahl.

Tabelle 4.1

Qualitätsindikator und Maßnahmen	Code	Seite
<b>Patientenzentriertheit der Verordnung und Behandlung</b>		
Selbstbestimmung der Person mit geistiger Behinderung anregen	<u>K1</u>	35
Regelmäßige, anlasslose Einzelgespräche mit Person mit geistiger Behinderung	<u>K4</u>	40
Anlassbezogene Einzelgespräche mit Person mit geistiger Behinderung	<u>K5</u>	42

Qualitätsindikator und Maßnahmen	Code	Seite
Gespräch zur Biografie mit Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">K7</a>	44
Jahresgespräch als "Festtag" für die Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">T6</a>	59
Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten zwischen Ärzten und Ärztinnen aus der Wohnheimumgebung mit Bewohnern und Bewohnerinnen aus dem Wohnheim	<a href="#">M3</a>	67
Visitenvorbereitung mit Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">V4</a>	79
„Ich-Buch“ mit allgemeinen und behandlungsspezifischen Informationen zur Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">V5</a>	81
Anpassung des Betreuungssystems an Bedürfnisse der Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">K8</a>	45
Anpassung des ärztlichen Versorgungsmodells an die Bedürfnisse der Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">V1</a>	75
Hospitation in anderen Wohngruppen	<a href="#">T3</a>	56
Kontakt der Wohnheime zur Klinik während Klinikaufenthalt	<a href="#">M5</a>	69
<b>Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen und Umfeld</b>		
Anregung zur Selbstreflexion von Mitarbeitenden	<a href="#">T1</a>	53
Austausch zwischen Mitarbeitenden und Angehörigen zu Beobachtungen im häuslichen Umfeld	<a href="#">F1</a>	70
Gespräche zur Information der Angehörigen über die PPT	<a href="#">F2</a>	71
Angehörigenstammtisch mit Arzt oder Ärztin	<a href="#">F3</a>	72
Regelmäßige Sprechzeiten für Angehörige	<a href="#">F4</a>	73
Vermittlung zwischen Person mit geistiger Behinderung und Angehörigen bei gegensätzlichen Interessen	<a href="#">F5</a>	74
Ärztliche Gespräche mit Angehörigen	<a href="#">A11</a>	109
Aufklärung der Mitbewohner:innen über geänderte Verhaltensweisen	<a href="#">K9</a>	46
<b>Aufklärung und Einwilligung</b>		
Nachbesprechung der Visite mit Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">V13</a>	89
Regelmäßige Schulung zu Grundlagen der PPT für Personen mit geistiger Behinderung	<a href="#">K15</a>	52

## 4.2 Indikationsstellung, Monitoring und Überprüfung der Verordnung im Verlauf

### **Verordnung nach umfassender Diagnostik und bei entsprechender Indikationsstellung | Monitoring medikamentenspezifischer Laborparameter, EKG | Prüfung von Wirkungen und unerwünschten Nebenwirkungen | Monitoring von Umweltfaktoren | Überprüfung der Indikationsstellung im Behandlungsverlauf**

Psychopharmaka können bei Personen mit einer geistigen Behinderung bei klarer Indikationsstellung einen wesentlichen Baustein einer in der Regel multimodalen Behandlung bilden. Die Prüfung der Indikationsstellung bedarf einer umfassenden psychiatrischen und ggf. multiprofessionellen Diagnostik. Der Arzt bzw. die Ärztin untersucht und befragt die Person mit geistiger Behinderung, ist aber darüber hinaus auch ganz wesentlich auf Informationen aus dem unmittelbaren Umfeld der Person angewiesen, also auch auf Informationen von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen einer Wohnbetreuung für Personen mit geistiger Behinderung. Es bedarf dabei nicht nur konkreter Informationen zur zugrundeliegenden Problematik, die aus Gesprächen mit der Person mit geistiger Behinderung und/oder aus Verhaltensbeobachtungen gewonnen werden können. Die Diagnostik erfordert in aller Regel auch Informationen zum Beispiel zur Biografie der Person mit geistiger Behinderung oder zu veränderten Umweltfaktoren im unmittelbaren Lebensumfeld dieser Person.

Um Organschädigungen frühzeitig zu erkennen sowie Veränderungen der Laborparameter und beim EKG zu erfassen und darauf reagieren zu können, sind die entsprechenden Parameter im Behandlungsverlauf kontinuierlich, je nach Art der Medikation, in individuell festzulegenden Abständen zu überprüfen. Dies erfolgt entweder eigenständig durch den Arzt oder die Ärztin, die die Psychopharmaka verordnet hat, oder in Kooperation mit Hausarzt bzw. der Hausärztin.

Im Rahmen von Folgeverordnungen ist die Indikationsstellung regelmäßig und kontinuierlich zu überprüfen. Dies erfordert die Beobachtung der Folgen der PPT, und zwar sowohl mit Blick auf die erwünschten als auch mit Blick auf die möglichen unerwünschten Wirkungen. Auch hier ist der Arzt bzw. die Ärztin auf Informationen aus dem unmittelbaren Lebensumfeld der Person mit geistiger Behinderung angewiesen. Umgekehrt müssen die Mitarbeitenden einer Wohnbetreuung möglichst umfassend über Wirkungen und Nebenwirkungen der verordneten Psychopharmaka informiert sein, um die Person mit einer geistigen Behinderung diesbezüglich gezielt befragen oder beobachten zu können.

In der Tabelle 4.2 sind die möglichen Maßnahmen zur Umsetzung einer angemessenen Indikationsstellung, des Monitorings und der Überprüfung der Verordnung im Verlauf aufgeführt. Zu der ausführlichen Beschreibung der jeweiligen Maßnahme in Kapitel 6 bzw. 7 gelangen Sie über den Code bzw. die Seitenzahl.

Tabelle 4.2

Qualitätsindikator und Maßnahmen	Code	Seite
<b>Verordnung nach umfassender Diagnostik und bei entsprechender Indikationsstellung</b>		
Alltagsbeobachtung ohne Anlass	<a href="#">K2</a>	36
Anlassbezogene Alltagsbeobachtung	<a href="#">K3</a>	38
Abklärung möglicher organischer Ursachen für Verhaltensänderungen	<a href="#">A3</a>	101
Arztkontakt ohne Teilnahme von Mitarbeitenden	<a href="#">VZ</a>	83
Anforderung und Auswertung früherer Gutachten und Diagnosen	<a href="#">A2</a>	100
Erstvorstellung ohne Medikamentenverschreibung	<a href="#">A1</a>	98
Ausführliche Erstvorstellung mit Fokus auf das Kennenlernen der Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">A4</a>	102
Videoaufnahmen zur Veranschaulichung von Verhaltensweisen	<a href="#">V9</a>	85
Kooperation mit einem Medizinischen Zentrum für Menschen mit Behinderung (MZEB)	<a href="#">M4</a>	68
Kontakt des Wohnheimes zur Klinik während Klinikaufenthalt	<a href="#">M5</a>	69
<b>Monitoring medikamentenspezifischer Laborparameter, EKG</b>		
Psychiatrische und allgemeinmedizinische Erhebung medikamentenspezifischer Laborparameter und EKG	<a href="#">A9</a>	107
<b>Prüfung von Wirkungen und unerwünschten Nebenwirkungen</b>		
Fachärztlicher Austausch zur PPT bei Personen mit geistiger Behinderung	<a href="#">A12</a>	110
Personenbezogene Übersicht zu Wirkungen und Nebenwirkungen einzelner Psychopharmaka	<a href="#">AZ</a>	105
Ärztliche Aufklärung der Wohnheimmitarbeitenden	<a href="#">A10</a>	108
Regelmäßige Schulung für Mitarbeitende zu Grundlagen der PPT	<a href="#">W1</a>	90
Kurze Vorträge zu Aspekten der PPT durch Mitarbeitende für Kollegen und Kolleginnen	<a href="#">W6</a>	96
Zusammenstellung von Informationsquellen zu PPT	<a href="#">W3</a>	92

Qualitätsindikator und Maßnahmen	Code	Seite
Übersicht mit allgemeinen Informationen zu Nebenwirkungen	<a href="#">W5</a>	94
Selbsterstelltes Nachschlagewerk zu Psychopharmaka	<a href="#">W4</a>	93
<b>Monitoring von Umweltfaktoren</b>		
Visitenvorbereitungsbogen zum Stand der PPT, Beobachtungen und Umweltfaktoren	<a href="#">V3</a>	78
<b>Überprüfung der Indikationsstellung im Behandlungsverlauf</b>		
Thematisierung PPT-relevanter Aspekte bei der Dienstübergabe	<a href="#">I7</a>	60
Regelmäßige Teambesprechung zur Reflexion der Beobachtungen	<a href="#">I2</a>	55
Regelmäßige, anlasslose Fallgespräche	<a href="#">I4</a>	57
Anlassbezogene Fallgespräche	<a href="#">I5</a>	58
Feste Ansprechperson im Wohnheim für Visite	<a href="#">V2</a>	77
Visiten-Checkliste für die Mitarbeitenden	<a href="#">V12</a>	88
Ärztliche Formulierung und Dokumentation von Zielvereinbarungen	<a href="#">A5</a>	103
Förderung einer aktiven Teilnahme der Person mit geistiger Behinderung an Visite	<a href="#">V10</a>	86
Übersicht über die an der Visite teilnehmenden Personen mit geistiger Behinderung	<a href="#">V6</a>	82
Gespräch zwischen Mitarbeiter:in und Arzt oder Ärztin vor Visite	<a href="#">V11</a>	87
Regelmäßiger Austausch zwischen Wohnheim und tagesstrukturierenden Angeboten und Einrichtungen	<a href="#">I11</a>	64
„Kommunikationsinseln“ für Mitarbeitende schaffen	<a href="#">I8</a>	61

### 4.3 Verordnung und Verabreichung

#### Vermeidung von Polypharmazie; Berücksichtigung möglicher Medikamenteninteraktionen | Beachtung der strengen Anforderungen an einen „Off-Label“-Gebrauch von Psychopharmaka | Sicherstellung der Beachtung der Einnahmевorschriften | Definition von Einnahmebedingungen für Bedarfsmedikation

Alle verordneten Medikamente sollten bei einer medikamentösen Neuverordnung Berücksichtigung finden, um deren Wechselwirkungen im Blick zu haben und Polypharmazie zu vermeiden. Die Mitarbeitenden des Wohnheims ermöglichen dem Bewohner bzw. der Bewohnerin durch ihre Unterstützung eine Einnahme des Psychopharmakons entsprechend der ärztlichen Verordnung und stellen damit die Kontinuität der Einnahme sicher. Falls eine Bedarfsmedikation erforderlich ist, bedarf es für diese einer schriftlichen ärztlichen Handlungsanleitung, die die Bedingungen der Verabreichung dieses Medikamentes genau definiert. Diese Anleitung bildet die verpflichtende Grundlage für die Mitarbeitenden des Wohnheims zur Verabreichung von Bedarfsmedikation.

In der Tabelle 4.3 sind die möglichen Maßnahmen zur Umsetzung einer angemessenen Verordnung und Verabreichung aufgeführt. Zu der ausführlichen Beschreibung der jeweiligen Maßnahme in Kapitel 6 bzw. 7 gelangen Sie über den Code bzw. die Seitenzahl.

Tabelle 4.3

Qualitätsindikator und Maßnahmen	Code	Seite
<b>Vermeidung von Polypharmazie; Berücksichtigung möglicher Medikamenteninteraktionen</b>		
Feste Ansprechperson(en) bei Fragen zur PPT	<a href="#">M2</a>	66
Bundeseinheitlicher Medikationsplan	<a href="#">A6</a>	104
Gemeinsame psychiatrische und allgemeinärztliche Visite	<a href="#">A8</a>	106
Fachärztlicher Austausch zur PPT bei Personen mit geistiger Behinderung	<a href="#">A12</a>	110
<b>Sicherstellung der Beachtung der Einnahmевorschriften</b>		
Vier-Augen-Prinzip bei Bedarfsmedikationsgabe	<a href="#">I9</a>	62
Liste mit internen Ansprechpersonen mit spezifischem Wissen zu PPT und zu psychischen Störungen	<a href="#">I10</a>	63



Qualitätsindikator und Maßnahmen	Code	Seite
<b>Definition von Einnahmebedingungen für Bedarfsmedikation</b>		
Rückmeldung zur Gabe von Bedarfsmedikation	<a href="#">V8</a>	84
Regelmäßige Schulung für Mitarbeitende zur Gabe von Bedarfsmedikation	<a href="#">W2</a>	91

## 4.4 Berücksichtigung nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen

### Berücksichtigung nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen

Die Verordnung und Implementierung nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen wird vor Behandlungsbeginn geprüft und berücksichtigt. Diese Maßnahmen können die medikamentöse Therapie ergänzen oder alternativ ersetzen.

In der Tabelle 4.4 sind die möglichen Maßnahmen zur Berücksichtigung nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen aufgeführt. Zu der ausführlichen Beschreibung der jeweiligen Maßnahme in Kapitel 6 bzw. 7 gelangen Sie über den Code bzw. die Seitenzahl.

Tabelle 4.4

Qualitätsindikator und Maßnahmen	Code	Seite
<b>Berücksichtigung nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen</b>		
Übersicht zu individuellen nicht-psychopharmakologischen Bewältigungsstrategien	<a href="#">K10</a>	47
Reflexion aktueller nicht-psychopharmakologischer Interventionen in der Visite	<a href="#">K12</a>	49
Realisierung einer niederschweligen Kontaktaufnahme zum Arzt oder zur Ärztin	<a href="#">M1</a>	65
Einbezug externer Fachkräfte für nicht-psychopharmakologische Interventionen	<a href="#">K13</a>	50
„Ich-Buch“ mit allgemeinen und behandlungsspezifischen Informationen zur Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">V5</a>	81
„Koffer“ mit individuellen nicht-psychopharmakologischen Angeboten	<a href="#">K11</a>	48
Teilnahme der Person mit geistiger Behinderung an externen Freizeitaktivitäten	<a href="#">K14</a>	51
Angebot zum offenen Austausch in der Gruppe	<a href="#">K6</a>	43

## Kapitel 5

# Übersicht über Maßnahmen nach Praxisbereichen

In diesem Kapitel sind die in den Wohnheimen erarbeiteten Maßnahmen nach Praxisbereichen strukturiert. Dies soll Ihnen ein gezieltes Nachschlagen ermöglichen, in welchem Bereich Ihres Arbeitsalltags (sog. Praxisbereiche) die erarbeiteten Maßnahmen Anwendung finden können bzw. bereits Anwendung finden.

## 5.1 Kontakt mit Person mit geistiger Behinderung

### **Förderung der Selbstbestimmung | Beobachtungen | (Einzel-)Gespräche mit Person mit geistiger Behinderung | Ergänzende Maßnahmen und Alternativen zur PPT | Wissensvermittlung für Person mit geistiger Behinderung**

Im Praxisbereich (K) werden alle Maßnahmen zusammengefasst, die den direkten Kontakt mit der Person mit geistiger Behinderung betreffen (z.B. (Einzel-)Gespräche mit Person mit geistiger Behinderung) oder bei denen die Person im Mittelpunkt steht (z.B. Beobachtung). Der Kontakt findet überwiegend zwischen der Person mit geistiger Behinderung und den Mitarbeitenden statt. Dieser Praxisbereich umfasst auch Maßnahmen, bei denen die Bedürfnisse und Interessen der Person mit geistiger Behinderung im Vordergrund stehen (z.B. Ergänzende Maßnahmen und Alternativen zu PPT).

In der Tabelle 5.1 sind die möglichen Maßnahmen zum Kontakt mit der Person mit geistiger Behinderung aufgeführt. Zu der ausführlichen Beschreibung der jeweiligen Maßnahme in Kapitel 6 bzw. 7 gelangen Sie über den Code bzw. die Seitenzahl.

Tabelle 5.1

Bereiche	Maßnahmen	Code	Seite
<b>Förderung der Selbstbestimmung</b>	Selbstbestimmung der Person mit geistiger Behinderung anregen	<a href="#">K1</a>	35
<b>Beobachtung</b>	Alltagsbeobachtung ohne Anlass	<a href="#">K2</a>	36
	Anlassbezogene Alltagsbeobachtung	<a href="#">K3</a>	38
<b>(Einzel-)Gespräche mit Person mit geistiger Behinderung</b>	Regelmäßige, anlasslose Einzelgespräche mit Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">K4</a>	40
	Anlassbezogene Einzelgespräche mit Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">K5</a>	42
	Angebot zum offenen Austausch in der Gruppe	<a href="#">K6</a>	43
	Gespräch zur Biografie mit Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">K7</a>	44

Bereiche	Maßnahmen	Code	Seite
<b>Ergänzende Maßnahmen und Alternativen zu PPT</b>	Anpassung des Betreuungssystems an Bedürfnisse der Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">K8</a>	45
	Aufklärung der Mitbewohner:innen über geänderte Verhaltensweisen	<a href="#">K9</a>	46
	Übersicht zu individuellen nicht-psychopharmakologischen Bewältigungsstrategien	<a href="#">K10</a>	47
	"Koffer" mit individuellen nicht-psychopharmakologischen Angeboten	<a href="#">K11</a>	48
	Reflexion aktueller nicht-psychopharmakologischer Interventionen in der Visite	<a href="#">K12</a>	49
	Einbezug externer Fachkräfte für nicht-psychopharmakologische Interventionen	<a href="#">K13</a>	50
	Teilnahme der Person mit geistiger Behinderung an externen Freizeitaktivitäten	<a href="#">K14</a>	51
<b>Wissensvermittlung für Person mit geistiger Behinderung</b>	Regelmäßige Schulung zu Grundlagen der PPT für Personen mit geistiger Behinderung	<a href="#">K15</a>	52

## 5.2 Visite

### Grundlegendes | Vorbereitung | Durchführung | Nachbereitung

Im Praxisbereich (V) werden alle Maßnahmen zusammengefasst, die rund um die Visite Anwendung finden. Die Maßnahmen sind in Grundlegendes, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Visite gegliedert. In diesem Praxisbereich kommt neben den Mitarbeitenden auch dem Arzt oder der Ärztin eine wichtige Rolle zu. Maßnahmen, die ausschließlich den Arzt oder die Ärztin betreffen, finden Sie in dem Praxisbereich (A).

In der Tabelle 5.2 sind die möglichen Maßnahmen zur Visite aufgeführt. Zu der ausführlichen Beschreibung der jeweiligen Maßnahme in Kapitel 6 bzw. 7 gelangen Sie über den Code bzw. die Seitenzahl.

Tabelle 5.2

Bereiche	Maßnahmen	Code	Seite
<b>Grundlegendes</b>	Anpassung des ärztlichen Versorgungsmodells an die Bedürfnisse der Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">V1</a>	75
	Feste Ansprechperson im Wohnheim für Visite	<a href="#">V2</a>	77
<b>Vorbereitung</b>	Visitenvorbereitungsbogen zum Stand der PPT, Beobachtungen und Umweltfaktoren	<a href="#">V3</a>	78
	Visitenvorbereitung mit Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">V4</a>	79
	„Ich-Buch“ mit allgemeinen und behandlungsspezifischen Informationen zur Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">V5</a>	81
	Übersicht über die an der Visite teilnehmenden Personen mit geistiger Behinderung	<a href="#">V6</a>	82
<b>Durchführung</b>	Arztkontakt ohne Teilnahme von Mitarbeitenden	<a href="#">V7</a>	83
	Rückmeldung zur Gabe von Bedarfsmedikation	<a href="#">V8</a>	84
	Videoaufnahmen zur Veranschaulichung von Verhaltensweisen	<a href="#">V9</a>	85

Bereiche	Maßnahmen	Code	Seite
	Förderung einer aktiven Teilnahme der Person mit geistiger Behinderung an Visite	<a href="#">V10</a>	86
	Gespräch zwischen Mitarbeiter:in und Arzt oder Ärztin vor Visite	<a href="#">V11</a>	87
	Visiten-Checkliste für die Mitarbeitenden	<a href="#">V12</a>	88
<b>Nachbereitung</b>	Nachbesprechung der Visite mit Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">V13</a>	89

### 5.3 Zusammenarbeit im Team

Im Praxisbereich (T) werden alle Maßnahmen zusammengefasst, die sich auf die Zusammenarbeit der Mitarbeitenden in den Wohnheimen beziehen. Die Zusammenarbeit kann zwischen zwei Mitarbeitenden oder innerhalb des gesamten Teams stattfinden. Der Begriff „Mitarbeitende“ umfasst hier alle Personen, die im Wohnbereich oder in den tagesstrukturierenden Angeboten (z.B. interne Tagesstruktur, Seniorenbetreuung) regelmäßigen Kontakt zu den im Wohnheim lebenden Personen mit geistiger Behinderung haben.

In der Tabelle 5.3 sind die möglichen Maßnahmen, die die Zusammenarbeit im Team betreffen, aufgeführt. Zu der ausführlichen Beschreibung der jeweiligen Maßnahme in Kapitel 6 bzw. 7 gelangen Sie über den Code bzw. die Seitenzahl.

Tabelle 5.3

Maßnahmen	Code	Seite
Anregung zur Selbstreflexion von Mitarbeitenden	<u><a href="#">T1</a></u>	53
Regelmäßige Teambesprechung zur Reflexion der Beobachtungen	<u><a href="#">T2</a></u>	55
Hospitation in anderen Wohngruppen	<u><a href="#">T3</a></u>	56
Regelmäßige, anlasslose Fallgespräche	<u><a href="#">T4</a></u>	57
Anlassbezogene Fallgespräche	<u><a href="#">T5</a></u>	58
Jahresgespräch als "Festtag" für die Person mit geistiger Behinderung	<u><a href="#">T6</a></u>	59
Thematisierung PPT-relevanter Aspekte bei der Dienstübergabe	<u><a href="#">T7</a></u>	60
"Kommunikationsinseln" für Mitarbeitende schaffen	<u><a href="#">T8</a></u>	61
Vier-Augen-Prinzip bei Bedarfsmedikationsgabe	<u><a href="#">T9</a></u>	62
Liste mit internen Ansprechpersonen mit spezifischem Wissen zu PPT und zu psychischen Störungen	<u><a href="#">T10</a></u>	63
Regelmäßiger Austausch zwischen Wohnheim und tagesstrukturierenden Angeboten und Einrichtungen	<u><a href="#">T11</a></u>	64

Anmerkung: Dieser Praxisbereich ist nicht in weitere Bereiche unterteilt, daher entfällt diese Spalte in der Tabelle



## 5.4 Zusammenarbeit mit medizinischen Fachpersonen

Der Praxisbereich (M) umfasst alle Maßnahmen, die auf die Zusammenarbeit von Mitarbeitenden des Wohnheims mit medizinischen Fachkräften zielen. Der Begriff „Medizinische Fachkraft“ meint Ärzte und Ärztinnen sowie Mitarbeitende einer Apotheke. Maßnahmen, die die Zusammenarbeit mit Ärzten und Ärztinnen betreffen, sind in diesem Praxisbereich nur aufgelistet, wenn sich die Zusammenarbeit nicht auf Aspekte der Visite bezieht (vgl. Praxisbereich (V)).

In der Tabelle 5.4 sind die möglichen Maßnahmen, die die Zusammenarbeit mit medizinischen Fachpersonen betreffen, aufgeführt. Zu der ausführlichen Beschreibung der jeweiligen Maßnahme in Kapitel 6 bzw. 7 gelangen Sie über den Code bzw. die Seitenzahl.

Tabelle 5.4

Maßnahmen	Code	Seite
Realisierung einer niederschweligen Kontaktaufnahme zum Arzt oder zur Ärztin	<a href="#">M1</a>	65
Feste Ansprechperson(en) bei Fragen zur PPT	<a href="#">M2</a>	66
Schaffung von Begegnungsmöglichkeiten zwischen Ärzten und Ärztinnen aus der Wohnheimumgebung mit Bewohnern und Bewohnerinnen aus dem Wohnheim	<a href="#">M3</a>	67
Kooperation mit einem Medizinischen Zentrum für Menschen mit Behinderung (MZEB)	<a href="#">M4</a>	68
Kontakt des Wohnheimes zur Klinik während Klinikaufenthalt	<a href="#">M5</a>	69

Anmerkung: Dieser Praxisbereich ist nicht in weitere Bereiche unterteilt, daher entfällt diese Spalte in der Tabelle

## 5.5 Zusammenarbeit mit Familienangehörigen

Der Praxisbereich (F) umfasst alle Maßnahmen, die sich auf die Zusammenarbeit mit Angehörigen beziehen. Hierbei können sowohl die Mitarbeitenden des Wohnheims als auch der Arzt oder die Ärztin bei der Zusammenarbeit involviert sein.

In der Tabelle 5.5 sind die möglichen Maßnahmen, die die Zusammenarbeit mit Familienangehörigen betreffen, aufgeführt. Zu der ausführlichen Beschreibung der jeweiligen Maßnahme in Kapitel 6 bzw. 7 gelangen Sie über den Code bzw. die Seitenzahl.

Tabelle 5.5

Maßnahmen	Code	Seite
Austausch zwischen Mitarbeitenden und Angehörigen zu Beobachtungen im häuslichen Umfeld	<u>F1</u>	70
Gespräche zur Information der Angehörigen über die PPT	<u>F2</u>	71
Angehörigenstammtisch mit Arzt oder Ärztin	<u>F3</u>	72
Regelmäßige Sprechzeiten für Angehörige	<u>F4</u>	73
Vermittlung zwischen Person mit geistiger Behinderung und Angehörigen bei gegensätzlichen Interessen	<u>F5</u>	74

Anmerkung: Dieser Praxisbereich ist nicht in weitere Bereiche unterteilt, daher entfällt diese Spalte in der Tabelle

## 5.6 Vermittlung und Verfügbarmachen von Wissen zur PPT

### Schulungen durch externe Personen zu Grundlagen der PPT | Alltagsrelevante Informationen zur PPT verfügbar machen

Der Praxisbereich (W) fasst Maßnahmen zusammen, die zur Vermittlung sowie zur Verfügbarkeit von Fachwissen zur PPT beitragen. Das Wissen umfasst Grundlagen zur PPT (z.B. Wirkmechanismen von Psychopharmaka) sowie alltagsrelevante Informationen (z.B. häufige Nebenwirkungen der aktuell verabreichten Psychopharmaka). Beides kann durch Schulungen, durchgeführt durch externe Personen (d.h. Personen, die keine Mitarbeitenden des Wohnheims sind) sowie durch die Aufbereitung relevanter Informationen zur PPT für den Alltag durch Mitarbeitende gewährleistet werden.

In der Tabelle 5.6 sind die möglichen Maßnahmen, die die Vermittlung und das Verfügbarmachen von Wissen zur PPT betreffen, aufgeführt. Zu der ausführlichen Beschreibung der jeweiligen Maßnahme in Kapitel 6 bzw. 7 gelangen Sie über den Code bzw. die Seitenzahl.

Tabelle 5.6

Bereiche	Maßnahmen	Code	Seite
<b>Schulungen durch externe Personen zu Grundlagen der PPT</b>	Regelmäßige Schulung für Mitarbeitende zu Grundlagen der PPT	<a href="#">W1</a>	90
	Regelmäßige Schulung für Mitarbeitende zur Gabe von Bedarfsmedikation	<a href="#">W2</a>	91
<b>Alltagsrelevante Informationen zur PPT verfügbar machen</b>	Zusammenstellung von Informationsquellen zu PPT	<a href="#">W3</a>	92
	Selbsterstelltes Nachschlagewerk zu Psychopharmaka	<a href="#">W4</a>	93
	Übersicht mit allgemeinen Informationen zu Nebenwirkungen	<a href="#">W5</a>	94
	Kurze Vorträge zu Aspekten der PPT durch Mitarbeitende für Kollegen und Kolleginnen	<a href="#">W6</a>	96

## 5.7 Ärztliche Maßnahmen

Alle in Tabelle 4.7 aufgeführten Maßnahmen, sind Maßnahmen, deren Verantwortlichkeit größtenteils bei den für die PPT zuständigen Ärztinnen und Ärzten liegt.

In der Tabelle 5.7 sind die Maßnahmen, die in der Verantwortung von Ärzten und Ärztinnen liegen, aufgeführt. Zu der ausführlichen Beschreibung der jeweiligen Maßnahme in Kapitel 6 bzw. 7 gelangen Sie über den Code bzw. die Seitenzahl.

Tabelle 5.7

Maßnahmen	Code	Seite
Erstvorstellung ohne Medikamentenverschreibung	<a href="#">A1</a>	98
Anforderung und Auswertung früherer Gutachten und Diagnosen	<a href="#">A2</a>	100
Abklärung möglicher organischer Ursachen für Verhaltensänderungen	<a href="#">A3</a>	101
Ausführliche Erstvorstellung mit Fokus auf das Kennenlernen der Person mit geistiger Behinderung	<a href="#">A4</a>	102
Ärztliche Formulierung und Dokumentation von Zielvereinbarungen	<a href="#">A5</a>	103
Bundeseinheitlicher Medikationsplan	<a href="#">A6</a>	104
Personenbezogene Übersicht zu Wirkungen und Nebenwirkungen einzelner Psychopharmaka	<a href="#">AZ</a>	105
Gemeinsame psychiatrische und allgemeinärztliche Visite	<a href="#">A8</a>	106
Psychiatrische und allgemeinmedizinische Erhebung medikamentenspezifischer Laborparameter und EKG	<a href="#">A9</a>	107
Ärztliche Aufklärung der Wohnheimmitarbeitenden	<a href="#">A10</a>	108
Ärztliche Gespräche mit Angehörigen	<a href="#">A11</a>	109
Fachärztlicher Austausch zur PPT bei Personen mit geistiger Behinderung	<a href="#">A12</a>	110

Anmerkung: Dieser Praxisbereich ist nicht in weitere Bereiche unterteilt, daher entfällt diese Spalte in der Tabelle

## Kapitel 6

# **Darstellung wohnheimspezifischer Maßnahmen**

## 6.1 Kontakt mit Person mit geistiger Behinderung (K)

### Selbstbestimmung der Person mit geistiger Behinderung anregen

K1

#### Bedeutung

Die Bedürfnisse und Interessen der Person mit einer geistigen Behinderung stehen im Zentrum der Überlegungen hinsichtlich der psychopharmakologischen Behandlung. Ihnen sollte umfassend entsprochen und der Person selbst, soweit irgend möglich, die Entscheidung über die empfohlenen Maßnahmen ermöglicht werden. Ein Bewusstsein für Selbstbestimmung und die eigene Entscheidungsfähigkeit sind Voraussetzung dafür, eigenverantwortlich Entscheidungen treffen zu können. Dies betrifft ganz explizit auch Entscheidungen im Zusammenhang mit der PPT. Diese Fähigkeiten bedürfen oftmals, insbesondere bei Personen mit einer geistigen Behinderung, der gezielten Entwicklung und Förderung.

#### Umsetzung

Die Fähigkeit der Person mit geistiger Behinderung, sich zur PPT zu äußern und eigenständig Entscheidungen zu treffen, kann durch die Anregung der individuellen Selbstbestimmungsmöglichkeiten im Alltag unterstützt werden. Die individuelle Selbstbestimmung kann dadurch verstärkt bzw. entwickelt werden, dass ihr ermöglicht wird, in ihrem gesamten Alltag konkrete Entscheidungen für sich selbst treffen zu können (z.B. durch Auswahl der Speisen und Kleidung, Auswahlmöglichkeiten zur Freizeitgestaltung). Dies geschieht in Abhängigkeit von ihrem individuellen Entwicklungsstand, ihren ganz individuellen Bedürfnissen und ihren kommunikativen Fähigkeiten (z.B. Verwendung von Ja/ Nein Symbolen). Konkrete Situationen, die eine Betrachtung der individuellen Wünsche und Interessen beinhalten (z.B. Arztkontakt), können außerdem im Vorfeld besprochen, geplant und geübt werden.

#### Verantwortlichkeit

Die Mitarbeitenden der Wohnheime, der internen Tagesstruktur bzw. WfbM, die gesetzlichen Betreuer sowie die Angehörigen können die Person mit geistiger Behinderung darin unterstützen, selbstbestimmt Entscheidungen für sich treffen und damit auch Einfluss auf Entscheidungen im Rahmen der PPT nehmen zu können.

## Alltagsbeobachtung ohne Anlass

### Bedeutung

Die regelmäßige Beobachtung der Person mit geistiger Behinderung in unterschiedlichen Alltagskontexten ermöglicht ein rasches Erkennen von Veränderungen ihres Verhaltens und gibt Rückschlüsse auf Situationen, in welchen ein bestimmtes Verhalten verstärkt auftritt. Die Alltagsbeobachtung spielt insbesondere bei Personen, die über stark eingeschränkte kommunikative Ressourcen verfügen, eine bedeutsame Rolle zur Ermittlung ihres aktuellen Befindens und ihrer Bedürfnisse.

Durch die regelmäßige, strukturierte Weitergabe der Beobachtungen wird eine möglichst objektive, kontinuierliche und umfassende Betrachtung der Person ermöglicht und mögliche Ursachen für herausforderndes Verhalten werden gegebenenfalls erkennbar. Die Ärztin oder der Arzt erhält dadurch ein umfassenderes Bild der betreffenden Person. Dies verhindert zum einen, dass beispielsweise wichtige Veränderungen im Verhalten dieser Person übersehen werden. Zum anderen ermöglicht dies eine zeitnahe Reaktion auf die Veränderungen, ggf. bereits mit sehr niederschweligen Maßnahmen. Auf diesem Weg kann möglicherweise die Notwendigkeit einer PPT abgewendet werden.

Auch Umweltfaktoren, wie die Wohnsituation und das individuelle Lebensumfeld bzw. dessen Veränderung, können einen großen Einfluss auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Verhaltensauffälligkeit sowie der psychopathologischen Symptomatik haben und bedürfen daher einer regelmäßigen Betrachtung.

### Umsetzung

Die Person mit geistiger Behinderung wird in unterschiedlichen Situationen im Wohnbereichsalltag beobachtet, unter gezielter Betrachtung auffälliger und veränderter Verhaltensweisen und dem Kontext dieser Situation. Die Beobachtungen werden mindestens am Ende eines jeden Dienstes in der wohnheiminternen Dokumentation erfasst. Hierfür kann ein strukturierter, allen Mitarbeitenden zugänglicher Beobachtungsbogen Anwendung finden (siehe Praxistipp „Strukturierter Beobachtungsbogen“). Hier werden strukturiert und über einen längeren Zeitraum hinweg die Beobachtungen und Einschätzungen mehrerer Mitarbeitenden erfasst. Der Beobachtungsbogen kann z.B. vor der Visite an die Ärztin bzw. den Arzt übermittelt werden, so dass diese die Möglichkeit haben, sich über den Zustand und das Verhalten des Patienten oder der Patientin im Alltag zu verschiedenen Tageszeiten zu informieren.

### Verantwortlichkeit

Die dafür verantwortlichen Mitarbeitenden der Wohngruppe (z.B. Bezugsbetreuer:in) bzw. der internen Tagesstruktur dokumentieren ihre verhaltensspezifischen Beobachtungen im wohnheiminternen Dokumentationssystem bzw. dem spezifischen Beobachtungsbogen. Informationen externer Fachkräfte, wie z.B. Ergotherapie, werden durch diese selbst bzw. Mitarbeitende des Wohnheims ebenfalls hier dokumentiert. Sie werden somit allen Mitarbeitenden zugänglich gemacht und können im Team diskutiert werden.

## Praxistipp



### **Strukturierter Beobachtungsbogen**

Erstellen Sie einen strukturierten Bogen bzw. nutzen Sie eine (träger)interne Vorlage, in dem relevante Alltagsbeobachtungen möglichst objektiv festgehalten werden können. Der Bogen kann beispielsweise Punkte zu Verhalten, Stimmung, körperlichen Aspekten und Umweltfaktoren enthalten. Erarbeiten Sie gemeinsam im Team, welche Punkte für Sie bei der Beobachtung wichtig sind. Ziehen Sie wenn möglich medizinische Fachkräfte hinzu (z.B. medizinischen Fachdienst, Neurologe bzw. Neurologin, Psychiater bzw. Psychiaterin).



## Anlassbezogene Alltagsbeobachtung

### Bedeutung

Die gezielte Beobachtung und anschließende Dokumentation von Veränderungen im Verhalten der Person mit geistiger Behinderung unterstützt deren Betrachtung über eine bestimmte Zeitspanne hinweg. Eine Definition von Beobachtungsschwerpunkten zielt darauf ab, Verhaltensveränderungen möglichst lückenlos und „zwingend“ zu erfassen und somit umfänglich analysieren zu können.

Diese gezielte Beobachtung kann, besonders bei Personen mit geistiger Behinderung, die über sehr eingeschränkte kommunikative Ressourcen verfügen, dazu beitragen, deren aktuelles Befinden zu erfassen und ggf. zu reflektieren. Außerdem können mit Hilfe von anlassbezogenen Beobachtungen Ursachen für ein bestimmtes Verhalten erkannt werden. Nachfolgend können diese Beobachtungen an den bzw. die Psychopharmaka verordnenden Arzt bzw. Ärztin übermittelt werden und dadurch Berücksichtigung bei der Gestaltung der PPT finden.

### Umsetzung

Definiert eine Ärztin bzw. ein Arzt Beobachtungsschwerpunkte für eine Erstverschreibung oder für eine Anpassung der Behandlung im Verlauf, beobachten Mitarbeitende die betreffende Person im Alltag gezielt auf dieses Verhalten hin. Die Beobachtung muss im vorher festgelegten Rahmen (z.B. Setting, Tageszeiten) erfolgen und dokumentiert werden.

Bei besonderen Beobachtungsschwerpunkten kann für eine vorher definierte Zeitspanne mittels Anpassung des internen Dokumentationssystems die Funktion „Dokumentationszwang“ eingesetzt werden. Diese „zwingt“ den diensthabenden Mitarbeiter bzw. die Mitarbeiterin zu einer schriftlichen Beantwortung einer vorher definierten Fragestellung. Mit diesem Vorgehen wird sichergestellt, dass innerhalb einer bestimmten Zeitspanne eine lückenlose Dokumentation eines Beobachtungsschwerpunktes vorgenommen wird.

### Verantwortlichkeit

Die zuständigen Mitarbeitenden der Wohngruppe (Bezugsbetreuer:in, Wohngruppenleiter:in) stimmen sich mit dem Arzt bzw. der Ärztin über die Beobachtungsschwerpunkte und den Zeitraum der gezielten Beobachtung ab. Für eine umfassende Betrachtung der Umweltfaktoren kann der Austausch mit den Angehörigen und/oder den Mitarbeitenden der WfbM erforderlich sein.

### Praxistipp



#### Individuell erstelltes Beobachtungsprotokoll

Erstellen Sie gemeinsam im Team ein individuelles Beobachtungsprotokoll, um die klar definierten Beobachtungsschwerpunkte (z.B. Kontaktfreudigkeit, Reizbarkeit) und den Beobachtungszeitraum dokumentieren zu können.

**Ein Beispiel für ein individuelles anlassbezogenes Beobachtungsprotokoll:**

Auf diesem können Sie für eine möglichst objektive Einschätzung eine mehrstufige Skala verwenden, z.B. von 1/stark verstärkt über 3/unverändert zu 5/stark verringert. Werden alle Beobachtungen im definierten Zeitraum auf einem Blatt eingetragen, kann ein zeitlicher Verlauf (z.B. innerhalb eines Tages, innerhalb eines Monats) abgelesen werden.

**Psychische Beobachtungsfaktoren**      **Name:** \_\_\_\_\_      **Monat:** \_\_\_\_\_  
**Abkürzungen:**    1 = Stark verstärkt    2 = leicht verstärkt    3 = normal/unverändert    4 = leicht verringert    5 = stark verringert

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Grundstimmung	Mo																															
	Ab																															
Motivation	Mo																															
	Ab																															
Kontaktfreudigkeit	Mo																															
	Ab																															
Distanziert	Mo																															
	Ab																															
Reizbarkeit	Mo																															
	Ab																															
Aufmerksamkeit	Mo																															
	Ab																															
Übergriffiges Verhalten	Mo																															
	Ab																															

**Beobachtungen:** .....

Psychische Gesundheit bei Menschen mit Behinderung, Facharbeit für die Prüfung Heilerziehungspflege: Psychische Gesundheit bei Menschen von Mandy Grieger (2022)

## Regelmäßige, anlasslose Einzelgespräche mit Person mit geistiger Behinderung

### Bedeutung

Ein Einzelgespräch mit der Person mit geistiger Behinderung über sie selbst trägt wesentlich dazu bei, sie in ihrem aktuellen Lebensumfeld, ihren Bedürfnissen und Verhaltensweisen besser zu verstehen. Ein solches Verständnis ist die Grundvoraussetzung dafür, dass die Interessen dieser Person angemessen berücksichtigt werden können. Darüber hinaus kann das Zuhören, Wahrnehmen und Beachten negativer Emotionen (z.B. von Unzufriedenheit, spezifischen Ängsten und Ärger) Verhaltensauffälligkeiten verhindern und Informationen dazu liefern, wie Verhaltensauffälligkeiten, die als problematisch oder herausfordernd erlebt werden, z.B. durch Veränderungen der Umweltbedingungen positiv beeinflusst werden können.

### Umsetzung

Ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin führt regelmäßig (z.B. täglich, aber mindestens einmal wöchentlich) ein persönliches 4-Augen-Gespräch mit der Person mit geistiger Behinderung, in dem es um deren aktuelles Befinden und Erleben geht. Das Gespräch erfolgt in einer ruhigen, für die Person mit geistiger Behinderung entspannten Umgebung (z.B. in deren Zimmer, bei einem Spaziergang). Es findet an einem festgelegten Termin oder aber in Abhängigkeit vom individuellen Gesprächsbedarf statt. Im Gespräch werden die individuellen kommunikativen Möglichkeiten der Person mit geistiger Behinderung berücksichtigt und ggf. finden Materialien der Unterstützten Kommunikation Anwendung. Themen, die entweder aus Sicht der Person mit geistiger Behinderung oder aus Mitarbeitersicht wichtig sind, können notiert und beim nächsten Gespräch wieder aufgegriffen werden. Zusätzlich zu diesem regelmäßigen Gespräch wird der Person angeboten, im Bedarfsfall weitere Einzelgespräche zu führen.

Das Angebot kann individuell gestaltet werden (z.B. täglich wechselnde Ansprechperson für weitere Einzelgespräche).

### Verantwortlichkeit

Eine Person aus dem Wohnheim mit engem und vertrauensvollem Kontakt zur betreffenden Person (z.B. Bezugsbetreuer:in) führt das Gespräch. Damit gewährleistet ist, dass diese regelmäßig geführt werden, wird eine Vertretung bei Abwesenheit bestimmt.

### Praxistipps



#### Kurzfragebogen zu aktuellem Befinden

Nutzen Sie für die Erfassung des aktuellen Befindens einen Kurzfragebogen. Dieser kann beispielsweise folgende Fragen enthalten: „Wie geht es dir heute? Wie sähe es aus, wenn es dir besser geht? Was müsste sich verändern, damit es dir besser geht?“. Dadurch kann das Befinden strukturiert erfasst werden.



### **Körperskizze und Symbole zur Identifikation von Beschwerden**

Eine Körperskizze kann dabei helfen, Beschwerden zu identifizieren. Die betreffende Person kann auf den Körperteil bzw. den Bereich mit Beschwerden zeigen oder diesen bzw. diesen markieren. Zusätzlich können Symbole verwendet werden, die die Art der Beschwerden beschreiben (z.B. Blitz für Schmerz).



### **„Gefühlsmonsterkarten“**

„Gefühlsmonsterkarten“ sind Piktogramme, die verschiedene Gefühle verbildlichen. Diese können als Anstoß für das Gespräch über das Befinden genutzt werden („Welches Monster beschreibt, wie du dich gerade fühlst?“). Die Kärtchen sind so gestaltet, dass sie individuell interpretiert werden können.

## Anlassbezogene Einzelgespräche mit Person mit geistiger Behinderung

### Bedeutung

Im anlassbezogenen Einzelgespräch reflektieren Mitarbeitende die Wahrnehmung bzgl. einer Verhaltensänderung bzw. -auffälligkeit, indem diese mit der Selbstbeschreibung der betreffenden Person verglichen wird. Zeigt die Person mit geistiger Behinderung einen Leidensdruck, können die nächsten Schritte gemeinsam besprochen und geplant werden. Hier kann die Person mit geistiger Behinderung ihre konkreten Interessen und Bedürfnisse bzgl. des weiteren Vorgehens kommunizieren. Die Person wird vollumfänglich in alle weiteren Entscheidungen einbezogen.

### Umsetzung

Werden von Mitarbeitenden Änderungen/Auffälligkeiten im Verhalten von Bewohnern oder Bewohnerinnen beobachtet, wird (nach Absprache im Team) ein Einzelgespräch gemeinsam mit der betreffenden Person geplant. Im Gespräch selbst berichtet der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin von eigenen Wahrnehmungen bzw. von Wahrnehmungen der Teammitglieder bzgl. einer Verhaltensänderung und vergleicht diese mit der Selbstwahrnehmung der betreffenden Person. Durch den Abgleich wird eine Reflexion auf Seiten der Mitarbeitenden angeregt („Stört nur mich bzw. uns das Verhalten oder beeinträchtigt es auch die betreffende Person?“). Anschließend werden gemeinsam die nächsten Schritte besprochen und geplant (z.B. regelmäßige Durchführung einer entspannenden Freizeitaktivität).

### Verantwortlichkeit

Eine Person aus dem Wohnheim mit engem und vertrauensvollem Kontakt zur betreffenden Person (z.B. Bezugsbetreuer:in) führt das Gespräch.

## Angebot zum offenen Austausch in der Gruppe

### Bedeutung

Im regelmäßigen Austausch in der Gruppe wird den Personen mit geistiger Behinderung im Alltag Raum geschaffen, sich zu ihrem aktuellen Befinden und ihren Erfahrungen (z.B. zu Symptomen, zur PPT im Allgemeinen oder zu nicht-psychopharmakologischen Alternativen) untereinander auszutauschen. Dies kann zu einem offeneren Umgang mit dem Thema psychische Gesundheit beitragen.

### Umsetzung

Der offene Austausch unter den Bewohnern und Bewohnerinnen wird als regelmäßiges, niederschwelliges Alltagsgespräch (z.B. täglich nach der Arbeit in der Werkstatt) angeboten. Die Bewohner:innen können sich hier zu verschiedenen Themen austauschen, beispielsweise zur aktuellen Stimmung oder freudigen und belastenden Ereignissen sowie Symptomen. Dabei handelt es sich um ein offenes Angebot, bei dem den Personen mit geistiger Behinderung die Möglichkeit geschaffen wird, sich z.B. in den Gemeinschaftsräumen auszutauschen. Die Gruppengröße ist variabel und richtet sich nach den Bedürfnissen der Bewohner:innen. Da der Fokus auf dem ungezwungenen Austausch unter den Bewohnerinnen und Bewohnern liegt, wird keine Moderation benötigt.

### Verantwortlichkeit

Die Durchführung des Angebots erfolgt durch die Bewohner:innen selbst, ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin aus dem Wohnheim übernimmt das Initiieren und die Organisation des Angebots (z.B. Anregen der Personen zum Austausch, Räumlichkeiten bereitstellen).

### Praxistipp



#### Geleiteter Austausch

Falls Bewohner:innen Unterstützung und Leitung des Gruppengesprächs wünschen, kann der Austausch auch geleitet erfolgen. Bei einem geleiteten Austausch übernimmt der verantwortliche Mitarbeiter oder die verantwortliche Mitarbeiterin die Moderation des Gruppengesprächs. Hierbei ist wichtig, dass moderierende Mitarbeitende zurückhaltend vorgehen, aber ggf. auch Redebeiträge leicht steuern, so dass jede Person die Möglichkeit erhält, sich zu äußern. Äußert eine Person Leidensdruck, bieten Mitarbeitende ein anlassbezogenes Einzelgespräch an.

## Gespräch zur Biografie mit Person mit geistiger Behinderung

### Bedeutung

Kenntnisse aus der Biografie der Person mit geistiger Behinderung tragen zu einem besseren Verständnis ihrer Persönlichkeit, ihrer Verhaltensweisen und ggf. auch von Verhaltensauffälligkeiten bei. So können beispielsweise therapierelevante, auch traumatische, Erlebnisse sichtbar gemacht und an den Arzt oder die Ärztin kommuniziert werden, soweit die Person selbst bzw. deren gesetzlicher Betreuer bzw. Betreuerin damit einverstanden ist.

Eine Bündelung des biografischen Wissens zu der jeweiligen Person bietet wertvolle Informationen. Diese können für den Arzt oder die Ärztin bei der Therapieplanung relevant sein, um sich ein Bild von dem Patienten als einer Person mit einer eigenen Geschichte machen zu können, auch wenn diese nicht in der Lage ist, selbst im Gespräch über ihr Leben Auskunft zu geben. Solche Informationen können wichtige Hinweise auf verhaltensverursachende Faktoren geben (z.B. Erlebnisse in der Kindheit). Die Kenntnisse aus der Biografie können weiterhin hilfreich sein, um eine für die Person passende Auswahl an therapeutischen Alternativen bzw. Ergänzungen zu einer PPT anzubieten.

### Umsetzung

Eine Person aus dem Wohnheim führt regelmäßig (z.B. wöchentlich) ein 4-Augen-Gespräch mit der Person mit geistiger Behinderung. In dem Gespräch werden die Biografie und insbesondere biografische Themen, die für die Person selbst oder den:die Mitarbeiter:in wichtig sind, besprochen und von dem:der Mitarbeiter:in schriftlich festgehalten. Die Gesprächsinhalte werden notiert und können im nächsten Gespräch wieder aufgegriffen werden. Das Gespräch findet in einem entspannten Setting statt (z.B. bei einem Spaziergang, im eigenen Zimmer).

### Verantwortlichkeit

Eine Person aus dem Wohnheim mit engem und vertrauensvollem Kontakt zur betreffenden Person (z.B. Bezugsbetreuer:in) führt das Gespräch. Damit gewährleistet ist, dass dieses regelmäßig geführt wird, wird eine Vertretung bei Abwesenheit bestimmt.

### Praxistipp



#### Biografiebogen

Nutzen oder erstellen Sie im Team einen einheitlichen und strukturierten Biografiebogen für die Langzeitdokumentation der Gespräche. Die einzelnen Punkte können nach und nach in den gemeinsamen Gesprächen ausgefüllt werden. Dieser kann bei Bedarf (z.B. im Rahmen der PPT-Erstvorstellung) an den Arzt bzw. die Ärztin übermittelt werden.

## Anpassung des Betreuungssystems an Bedürfnisse der Person mit geistiger Behinderung

### Bedeutung

Ein Bezugsbetreuungssystem kann der Person mit geistiger Behinderung Stetigkeit und Zuverlässigkeit in ihrer Betreuung ermöglichen. Ihr steht eine konstante Ansprechperson zur Seite, die ihre Persönlichkeit, ihre Fähigkeiten und Interessen besonders gut kennt und mit ihr in regelmäßigem Austausch steht. Das Bezugsbetreuungssystem zielt außerdem darauf ab, relevante Informationen zu der Person mit geistiger Behinderung an die weiteren Mitarbeitenden im Wohnheim und die behandelnden Ärzte:Ärztinnen übermitteln zu können. So können sie Informationen zu körperlichen Beschwerden oder Veränderungen im Lebensumfeld weitergeben, die z.B. bei der Überprüfung der Indikationsstellung im Rahmen einer psychopharmakologischen Behandlung relevant sind. Eine Aufklärung der Person mit geistiger Behinderung über ihre Therapie kann durch die Bezugsbetreuer:innen unterstützt und ggf. wiederholt werden.

Darüber hinaus kann durch eine 1:1 Betreuung eine besonders intensive Unterstützung sowie eine individuelle, kontinuierliche und verlässliche Begleitung im Wohnbereichsalltag ermöglicht werden. Diese Betreuungsform erlaubt, unmittelbar auf krisenhafte Situationen und individuelle Besonderheiten zu reagieren. Diese Form der Betreuung kann das Wohlbefinden und die Ausgeglichenheit der Person mit geistiger Behinderung positiv beeinflussen und damit ggf. eine psychopharmakologische Intervention ergänzen oder sogar ersetzen.

### Umsetzung

Das Betreuungssystem wird entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Person mit geistiger Behinderung und den strukturellen Gegebenheiten des jeweiligen Wohnheims gestaltet.

Bei länger andauernden, intensiven Auffälligkeiten im Verhalten der betroffenen Person mit einem daraus resultierenden sehr engmaschigen Betreuungsbedarf bzw. einem dadurch bedingten notwendig werdenden Wechsel der Wohnsituation kann eine 1:1 Betreuung in Betracht gezogen und ggf. beim zuständigen Kostenträger erstmalig beantragt oder verlängert werden. Eine gezielte Verhaltensreflexion und Planung der veränderten Betreuungssituation erfolgt mit mehreren Beteiligten (Bezugsbetreuer:in, Wohngruppenleiter:in), z.B. im Rahmen eines Fallgesprächs.

### Verantwortlichkeit

Mitarbeitende sprechen sich gemeinsam mit der Person bzgl. ihrer Bedürfnisse sowie im Team bzgl. der Umsetzbarkeit eines neuen Betreuungssystems ab.



## Aufklärung der Mitbewohner:innen über geänderte Verhaltensweisen

### Bedeutung

Ein bestimmtes Verhalten oder individuelle Ausdrucksformen einer Person mit geistiger Behinderung, möglicherweise auch als Folge von Wirkungen und Nebenwirkungen (z.B. vermehrter Speichelfluss, veränderter Tag-Nacht-Rhythmus) der Psychopharmaka, können von den Mitbewohner:innen des Wohnbereiches als störend empfunden werden. Daraus folgend kann es ihrerseits zu Reaktionen kommen, die zu ernsthaften Konflikten führen und ggf. die Verhaltensauffälligkeiten verstärken können. Eine Aufklärung der Mitbewohner:innen hinsichtlich eines als störend wahrgenommenen Verhaltens bzw. einer besonderen Ausdrucksform kann zu einem besseren Verständnis beitragen und helfen, das Verhalten besser einzuordnen, eine veränderte „Antwortreaktion“ herbeiführen und damit die Verhaltensinteraktion positiv beeinflussen.

### Umsetzung

Falls die Person mit geistiger Behinderung ein Verhalten zeigt, das von ihrem Lebensumfeld als störend empfunden wird, wird ein Gespräch mit den Mitbewohnern:innen dieser Person geführt. In diesem Gespräch werden die Hintergründe für das gezeigte Verhalten erklärt sowie Bedenken und Sorgen der Mitbewohner:innen thematisiert. Vor dem Gespräch wird das Einverständnis der Person, über die gesprochen wird, eingeholt.

### Verantwortlichkeit

Das Gespräch plant und führt eine Person aus dem Wohnheim, die engen Kontakt zu der betreffenden Person und deren Lebensumfeld hat (z.B. Bezugsbetreuer:in). Um zu gewährleisten, dass das Gespräch frühzeitig stattfindet, d.h. bevor sich ernsthafte Konflikte anbahnen, sollte ebenfalls eine Vertretung festgelegt werden.

## Übersicht zu individuellen nicht- psychopharmakologischen Bewältigungsstrategien

### Bedeutung

Um die Berücksichtigung nicht-psychopharmakologischer Alternativen vor Beginn und im Verlauf einer PPT zu vereinfachen, kann es hilfreich sein, eine Übersicht zu individuellen Bewältigungsstrategien zu erstellen. Mitarbeitende werden durch die Übersicht angeregt, in den von der Person mit geistiger Behinderung als belastend erlebten Situationen nicht-psychopharmakologische Alternativen anzuwenden. Dies kann ggf. zu einer verringerten Bedarfsgabe beitragen. Durch die Erstellung einer Übersicht zu Bewältigungsstrategien können die individuellen Interessen berücksichtigt und die Person mit geistiger Behinderung bestmöglich bei beispielsweise Entspannung und Verhaltensregulation unterstützt werden.

### Umsetzung

In einer schriftlichen Übersicht werden typische Verhaltensweisen des Bewohners oder der Bewohnerin in Belastungs- und Stresssituationen sowie mögliche individuelle Bewältigungsstrategien beschrieben, die durch Beobachtung und Austausch im Team sowie durch Austausch mit der betreffenden Person identifiziert wurden. Eine mögliche Bewältigungsstrategie kann eine „Auszeit“ vom Gruppengeschehen sein (z.B. Aufenthalt im Snoezelenraum, Spaziergang [mit oder ohne Begleitung], Rückzugsnische im eigenen Zimmer). Es können auch längerfristige Maßnahmen wie z.B. eine Veränderung des Lebensumfeldes (z.B. Umzug in ein anderes Zimmer) in Betracht gezogen werden. Bei der Umsetzung der nicht-psychopharmakologischen Alternativen ist die von dem Arzt oder der Ärztin festgelegte Indikation für Bedarfsmedikation zu beachten und die verschriebene Medikation bei Bedarf zu geben. Die Übersicht wird individuell für jeden Bewohner oder jede Bewohnerin einmalig gemeinsam im Team erstellt und in regelmäßigen Abständen überprüft und ggf. angepasst.

### Verantwortlichkeit

Mitarbeitende, die viel und engen Kontakt zu der betreffenden Person haben, erstellen die Übersicht. Im Team wird festgelegt, wer in regelmäßigen Abständen die Übersicht überprüft (z.B. Bezugsbetreuer:in).

### Praxistipp



#### Tabellarische Übersicht

Nutzen Sie eine tabellarische Übersicht, in der individuelle Verhaltensweisen sowie mögliche nicht-psychopharmakologische präventive sowie akute Bewältigungsstrategien beschrieben sind. Die Übersicht sollte für alle, die mit der Person mit geistiger Behinderung in Kontakt stehen, zugänglich sein (z.B. hinterlegt in der Dokumentation).

## „Koffer“ mit individuellen nicht- psychopharmakologischen Angeboten

### **Bedeutung**

Nichtmedikamentöse, individuell auf die Bedürfnisse und Interessen des Einzelnen abgestimmte Angebote und Interventionen können in Problemsituationen Anwendung finden und die Gabe von Bedarfsmedikation ggf. überflüssig machen. Die Auswahl der ganz persönlichen Gegenstände und Vorlieben erfolgt außerhalb von krisenhaften Situationen und dient der Vorbereitung. In einer solchen Situation kann die Person mit geistiger Behinderung selbst oder die Personen in ihrem Umfeld schnell reagieren und die ausgewählten Methoden der Entspannung und Bewältigung nutzen.

### **Umsetzung**

Gemeinsam mit der Person mit geistiger Behinderung werden als angenehm und entspannend empfundene Gegenstände (z.B. Decke, Stressball, Fotos, CD) zusammengestellt und an einem bestimmten Ort (individuell gestalteter Karton, kleiner Koffer) gesammelt. In einer Belastungs- oder Stresssituation kann die betreffende Person (ggf. mit Unterstützung von Mitarbeitenden) auf diese Gegenstände zurückgreifen, die zur Entspannung und damit zum Wohlbefinden beitragen können.

### **Verantwortlichkeit**

Eine Person aus dem Wohnheim mit engem und vertrauensvollem Kontakt zur betreffenden Person (z.B. Bezugsbetreuer:in) stellt gemeinsam mit dieser die Inhalte zusammen und überprüft diese regelmäßig bzw. passt diese an.

## Reflexion aktueller nicht-psychopharmakologischer Interventionen in der Visite

### Bedeutung

Die Durchführung nicht-psychopharmakologischer Maßnahmen kann einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden der Person mit geistiger Behinderung und damit auch auf das gezeigte Verhalten haben. Im Gegensatz zu einer Behandlung mit Psychopharmaka haben nicht-psychopharmakologische Maßnahmen zumeist keine für den Organismus belastenden Nebenwirkungen. Es ist daher vor Beginn und im Verlauf einer medikamentösen Behandlung regelhaft zu überlegen, inwieweit solche nicht-psychopharmakologischen Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen und zur Anwendung gebracht werden können - alternativ oder ergänzend zur PPT.

### Umsetzung

Im Behandlungsverlauf wird regelmäßig überprüft, ob aktuelle nicht-psychopharmakologische Behandlungen angepasst werden müssen bzw. zusätzliche nicht-psychopharmakologische Behandlungen genutzt werden können. Dazu können folgende Fragen hilfreich sein: „Ist die betreffende Person zufrieden mit den aktuellen nicht-psychopharmakologischen Behandlungen?“; „Unterstützen diese die Person bestmöglich?“; „Möchte die Person eine andere oder zusätzliche Option nutzen?“. Die Reflexion findet gemeinsam mit der betreffenden Person, Mitarbeitenden und dem Arzt bzw. der Ärztin regelmäßig in der Visite und nach Bedarf (z.B. bei Verhaltensänderungen) statt.

### Verantwortlichkeit

Die für die Visitenvorbereitung zuständige Person stellt eine Übersicht zu den aktuellen nicht-psychopharmakologischen Behandlungen zusammen und übermittelt diese an die Ärztin bzw. den Arzt, bei Bedarf vorab.

### Praxistipp



#### Strukturierter Bogen zu nicht-psychopharmakologischen Behandlungen

Nutzen Sie für die Darstellung der bisher genutzten nicht-psychopharmakologischen Behandlungen eine strukturierte Übersicht. Diese kann gemeinsam mit dem Arzt bzw. der Ärztin oder im Team erstellt werden und sollte für alle zugänglich sein (z.B. hinterlegt in der Dokumentation).

## Einbezug externer Fachkräfte für nicht- psychopharmakologische Interventionen

### Bedeutung

Zur individuellen Begleitung und Unterstützung der Person mit geistiger Behinderung stehen ihr sowie den Mitarbeitenden des Wohnheimes externe Fachkräfte zur Seite (u.a. Ergotherapie, psychologischer Fachdienst, Autismusberatung, trügereigenes Kriseninterventionsteam). Deren spezielle Fachkenntnisse können im Interesse der Person mit geistiger Behinderung zur Stärkung ihres Wohlbefindens, zur Reflexion von auffälligen Verhaltensweisen und zur Beratung im Umgang mit diesen sowie zur Umsetzung nichtpsychopharmakologischer Maßnahmen genutzt werden.

### Umsetzung

Für ein individuelles und umfangreiches Angebot an nicht-psychopharmakologischen Alternativen wird der Person mit geistiger Behinderung ermöglicht, zusätzlich zu internen Angeboten auch externe Angebote für nicht-psychopharmakologische Behandlungsoptionen wahrzunehmen (z.B. Logopädie, Reittherapie). Zudem werden externe Fachpersonen in das Wohnheim eingeladen, um die Mitarbeitenden bzgl. zusätzlicher im Wohnheim umsetzbarer nicht-psychopharmakologischer Alternativen zu beraten (z.B. Beratung zur Unterstützten Kommunikation). Die Auswahl eines entsprechenden Angebots richtet sich nach den Bedürfnissen der betreffenden Person, dem Unterstützungs- und Beratungsbedarf der Mitarbeitenden sowie den Verordnungen des Arztes bzw. der Ärztin. In Abhängigkeit von der Art des Unterstützungsbedarfs werden die entsprechenden Maßnahmen in die Alltagsstruktur des Wohnheims integriert.

### Verantwortlichkeit

Externe Fachkräfte werden durch dafür verantwortliche Personen des Wohnheims (z.B. Wohngruppenleiter:in, Sozialdienstmitarbeiter:in) kontaktiert.

## Teilnahme der Person mit geistiger Behinderung an externen Freizeitaktivitäten

### Bedeutung

Die Individualität der Person mit geistiger Behinderung, ihre Interessen und Bedürfnisse finden bereits im Alltag Beachtung. Es kann den seelischen Zustand der Person mit geistiger Behinderung positiv beeinflussen, deren individuelle Hobbys und Interessen herauszufinden und umzusetzen sowie positive Erlebnisse zu schaffen. Anspannungen werden eventuell gelöst und dem Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten wird vorgebeugt, so dass unter Umständen die Notwendigkeit einer psychopharmakologischen Behandlung verringert wird.

### Umsetzung

Der Person mit geistiger Behinderung wird ermöglicht, neben Aktivitäten innerhalb des Wohnheims auch externe Freizeitaktivitäten auszuüben. Gemeinsam mit ihr wird abgestimmt, was sie ausprobieren möchte. Danach wird nach möglichen Anbietern recherchiert und ggf. ein Termin vereinbart. Im regelmäßigen Abstand (z.B. alle sechs Monate) wird gemeinsam besprochen, ob die betreffende Person die Aktivität fortsetzen oder ggf. eine andere Aktivität aufnehmen möchte.

### Verantwortlichkeit

Um zu gewährleisten, dass für die Person mit geistiger Behinderung in absehbarer Zeit Freizeitaktivitäten ermöglicht werden, ist ein:eine Mitarbeiter:in (z.B. Bezugsbetreuer:in) als hierfür verantwortlich zu bestimmen.

## Regelmäßige Schulung zu Grundlagen der PPT für Personen mit geistiger Behinderung

### Bedeutung

Durch eine regelmäßige Schulung wird Personen mit geistiger Behinderung ein grundlegendes Wissen zu psychischen Störungen und möglichen Behandlungsoptionen vermittelt. Durch dieses Wissen erhalten sie mehr Möglichkeiten, die PPT nach ihren Interessen und Bedürfnissen zu gestalten. So können die betreffenden Personen zu Beginn und während des Behandlungsverlaufs selbstständig relevante Beschwerden kommunizieren. Dies kann während der Indikationsstellung sowie während der Prüfung von Wirkung und Nebenwirkung und in den Überlegungen zu möglichen nicht-psychopharmakologischen Alternativen entscheidende Hinweise liefern. Das Wissen zum möglichen Ablauf einer PPT kann dazu beitragen, dass sich die Person mit geistiger Behinderung während der Visite wohler fühlt und aktiver an dieser teilnehmen kann.

### Umsetzung

Die regelmäßige (z.B. zweimal im Jahr) ca. einstündige Schulung zu Grundlagen der PPT umfasst Inhalte zu möglichen Symptomen einer psychischen Störung („Wo spüre ich das?“ „Wie fühlt sich das an?“), psychopharmakologischen und nicht-psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten und Ablauf einer PPT. Damit möglichst viele Bewohner:innen an der Veranstaltung teilnehmen und davon profitieren können, wird diese in verschiedenen Versionen, jeweils angepasst an die kognitiven Ressourcen, angeboten.

### Verantwortlichkeit

Mitarbeitende stellen gemeinsam mit einem Arzt oder einer Ärztin die Inhalte zusammen. Die Schulung wird gemeinsam bzw. durch die Mitarbeitenden selbst durchgeführt.

### Praxistipps



#### Erklärvideo als Projekt mit Auszubildenden

Erstellen Sie ein Erklärvideo, das im Rahmen der Schulung gezeigt werden kann. Im Video wird der Ablauf einer möglichen PPT dargestellt („Welcher Arzt hilft mir, wenn ich diese Symptome spüre?“ „Was macht die Ärztin bei der Behandlung?“). Ein mögliches Format wäre: Kurzes Video mit Piktogrammen und Visualisierungen, die Praxissituationen darstellen. Inhaltlich kann eine Orientierung an Aufklärungsbögen in Leichter Sprache erfolgen (siehe nächster Praxistipp). Das Video kann auch zur Vorbereitung auf eine Erstvorstellung genutzt werden.



#### Literaturtipps zur Leichten Sprache

Einfach Sprechen über Gesundheit und Krankheit. Medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache (2021) von Sappok, T., Burtscher, R., Grimmer, A.<sup>5</sup>

## 6.2 Zusammenarbeit im Team (T)

### Anregung zur Selbstreflexion von Mitarbeitenden

T1

#### Bedeutung

Einem veränderten bzw. als auffällig wahrgenommenen Verhalten können verschiedene Ursachen zu Grunde liegen (z.B. organische Ursachen, veränderte/schwierige/störende Situationen im Lebensumfeld, psychische Störungen). Die reflektierende, hinterfragende Haltung der Mitarbeitenden bildet eine wichtige Voraussetzung dafür, ein besseres Verständnis von bestimmten Verhaltensweisen und Verhaltensauffälligkeiten der Person mit geistiger Behinderung zu entwickeln. Durch ein regelmäßiges Reflektieren und Hinterfragen der eigenen Handlungen kann deren Wirkung und Einfluss in der Interaktion mit dieser Person betrachtet werden. Dies kann dazu dienen, einen veränderten Blick auf vorausgegangene Situationen zu werfen und daraus alternative Reaktionen abzuleiten und umzusetzen. Die reflektierende Haltung der Mitarbeitenden bildet auch eine wichtige Grundlage für Handlungen und Entscheidungen im Rahmen der PPT, weil diese dadurch in eine umfangreichere und tiefgründigere Betrachtung eingebettet sind.

#### Umsetzung

Im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Teambesprechungen (z.B. monatliche Teambesprechung) erfolgt ein gemeinsamer Austausch zu Situationen/ Interaktionen, die von den Mitarbeitenden als schwierig erlebt werden. Alle Mitarbeitenden erhalten die Möglichkeit bzw. werden dazu angeregt, ausgewählte Alltagssituationen zu beschreiben und dabei das eigene Handeln zu betrachten. Die Teamkollegen bzw. Teamkolleginnen können diese Reflexion durch Nachfragen unterstützen und ggf. einen alternativen Blick auf die beschriebene Situation anbieten.

Durch eine Reflexion der eigenen Handlungen im Team und eine Etablierung dieses regelmäßigen Austauschs (z.B. während der Teambesprechung), kann eine regelmäßige Selbstreflexion der Mitarbeitenden im Betreuungsalltag angeregt und gefördert werden.

Dabei betrachten die Mitarbeitenden die Situationen/Interaktionen mit den Bewohnern und Bewohnerinnen sowie das eigene Verhalten/die Reaktion darauf. Sie reflektieren ihre eigenen Wahrnehmungen in Bezug auf die Verhaltensweisen der Person mit geistiger Behinderung und das eigene Handeln in der Interaktion mit dieser und betrachtet die Person mit geistiger Behinderung mit einem möglichst objektiven, fachlichen „Draufblick“. „Das als störend empfundene Verhalten wird hinterfragt: „Stört es die Person oder vielleicht nur mich selbst?, In welchen Situationen tritt dieses Verhalten auf?, Was ist der eigentliche Hintergrund des gezeigten Verhaltens? Welche Reaktion erfolgte auf das Verhalten?“

#### Verantwortlichkeit

Verantwortliche Mitarbeitende des Wohnheims (z.B. Wohngruppenleiter:in) regen einen Austausch zur Selbstreflexion der Mitarbeitenden an und unterstützen diesen. Wohnheimmitarbeitende betrachten, analysieren und hinterfragen das eigene Verhalten in Bezug auf die Person mit geistiger Behinderung.



## Praxistipp



### **Durchführung von Supervision**

Nutzen Sie die Möglichkeit zur Supervision (im Team oder einzeln), um die Reflexion der eigenen Arbeit anzuregen, zu begleiten und zu unterstützen.

## Regelmäßige Teambesprechung zur Reflexion der Beobachtungen

### Bedeutung

Im Rahmen eines regelmäßigen Austauschs und der gemeinsamen Reflexion unterschiedlicher Beobachtungen im Team werden mehrere Blickwinkel und Betrachtungsweisen in Bezug auf das Verhalten der Person mit geistiger Behinderung berücksichtigt. Dadurch ergibt sich ein differenziertes und umfassendes Bild der spezifischen Handlungsweisen. Beobachtungsschwerpunkte können gemeinsam definiert, analysiert und mögliche Interventionen geplant werden.

Die Beteiligung von Mitarbeitenden des Nachtdienstes an den Teambesprechungen ist sinnvoll, da diese Aussagen zu Veränderungen im Schlafverhalten der Person mit geistiger Behinderung treffen können. Schlafbezogene Auffälligkeiten können u.a. ein Symptom einer psychischen Störung darstellen sowie als Nebenwirkung eines Psychopharmakons auftreten und sollen an die Ärztin bzw. den Arzt übermittelt werden.

### Umsetzung

Die Teambesprechung findet zu einem fest terminierten Zeitpunkt (mindestens 1x pro Monat) innerhalb der Wohngruppe statt. Die Mitarbeitenden der jeweiligen Wohngruppe und ggf. der internen Tagesstruktur tauschen sich zu verhaltensspezifischen Beobachtungen jedes Bewohners bzw. jeder Bewohnerin über den gesamten Tagesverlauf im vergangenen Zeitraum aus. Diese werden gemeinsam reflektiert („Stört nur mich dieses Verhalten oder schränkt es auch die betreffende Person ein?“). Außerdem können Informationen zu ärztlichen Visiten im Rahmen der Teambesprechung kommuniziert werden. Die Einträge des wohnheiminternen Dokumentationssystems werden genutzt, um die Besprechung vorzubereiten und die Ergebnisse der Besprechung zu dokumentieren. Die Dokumentation der Besprechung bietet den nicht anwesenden Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen die Möglichkeit, sich über die Inhalte der Besprechung zu informieren und diese z.B. für die Vorbereitung der ärztlichen Visite zu nutzen.

Optional können zusätzlich gruppenübergreifende Hausbesprechungen in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden.

### Verantwortlichkeit

Die Planung und Leitung der Teambesprechung erfolgt durch eine dafür verantwortliche Person aus dem Wohnheim, z.B. die Gruppenleitung. An der Teamsitzung sollten möglichst alle Mitarbeitenden der Wohngruppe, inklusive des Nachtdienstes und ggf. die Mitarbeitenden der internen Tagesstruktur teilnehmen.

## Hospitation in anderen Wohngruppen

### Bedeutung

Ein regelmäßiger und systematischer Austausch sowie eine Kooperation der Verantwortlichen der Wohngruppen innerhalb des Wohnheims kann eine umfassendere Betrachtung der Personen mit geistiger Behinderung in ihrem auffälligen Verhalten und den zugrundeliegenden Ursachen ermöglichen. Die Hospitation in einer anderen Wohngruppe erlaubt unterschiedliche Beobachtungen und Blickwinkel, so dass einzelne, problembehaftete Situationen gemeinsam analysiert werden können. Veränderungen im Verhalten der Person mit geistiger Behinderung können möglicherweise rascher erkannt und erfasst sowie ggf. dem Arzt bzw. der Ärztin übermittelt werden. Dadurch wird ein Einbezug dieser „externen“ Betrachtungen auf die Entscheidungen im Rahmen einer Psychopharmakotherapie möglich.

### Umsetzung

In regelmäßigen Abständen (z.B. einmal monatlich) hospitieren Mitarbeitende der Wohngruppenleitung in einer anderen Wohngruppe. (z.B. stundenweise Mitarbeit). Anschließend tauschen sich die Beteiligten über das Erlebte aus.

### Verantwortlichkeit

Die Leitungspersonen der Wohngruppen und Bereiche legen die Art und Durchführung der Hospitation fest und organisieren diese.

## Regelmäßige, anlasslose Fallgespräche

### Bedeutung

Die zu einer Person mit geistiger Behinderung vorliegenden Informationen werden mit allen an der PPT Beteiligten besprochen. Dadurch ergibt sich ein aktuelles, umfassendes und interdisziplinäres Bild der betreffenden Person, das unterschiedliche Blickwinkel und Sichtweisen berücksichtigt. Auf dieser Grundlage können weitere Ziele, Schwerpunkte, Vorgehen und Verantwortlichkeiten für die PPT abgestimmt werden. Die Fallgespräche bieten einen Rahmen für die Überprüfung der Indikationsstellung sowie die Planung weiterer nichtmedikamentöser Maßnahmen bzw. notwendiger psychopharmakologischer Interventionen.

### Umsetzung

Geplante Fallgespräche finden zu festgelegten Zeitpunkten im Jahr statt (mind. 1 x im Jahr). Dabei wird die Situation einer Person pro Termin besprochen. Für die Durchführung des Fallgesprächs mit mehreren Beteiligten ist ein dafür geeigneter Raum im Wohnheim (z.B. Beratungsraum, Speiseraum) erforderlich. Am Gespräch nehmen alle Personen mit regelmäßigem Kontakt zur betreffenden Person teil (Mitarbeitende des Wohnbereichs und der Tagesstrukturen, Arzt oder Ärztin, ggf. Therapeuten oder Therapeutinnen und gesetzliche Betreuung). Für Personen, die nicht persönlich am Gespräch teilnehmen können (z.B. aufgrund einer weiten Anfahrt), kann eine Teilnahme über digitale Austauschformen in Betracht gezogen werden.

Zur Vorbereitung des Gesprächs können Inhalte der wohnheiminternen Dokumentation (z.B. Beobachtungsprotokolle) sowie individuelle Aufzeichnungen der weiteren Beteiligten dienen. Während dieses interdisziplinären Gesprächs erhalten alle daran beteiligten Personen die Möglichkeit, ihre Schwerpunkte und Sichtweisen zur Sprache zu bringen. Aspekte einer PPT (u.a. die Notwendigkeit einer Neuvorstellung, Medikamentenwirkungen und -nebenwirkungen sowie ggf. eine Anpassung der Medikation) können besprochen und abgestimmt werden. Die Ergebnisse des Fallgesprächs werden dokumentiert und somit allen Beteiligten, aber auch den weiteren Mitarbeitenden im Wohnheim, zugänglich gemacht (z.B. in Form eines Protokolls).

### Verantwortlichkeit

Die Organisation und Durchführung übernimmt die Gruppenleitung, der Fachdienst oder der Bezugsbetreuer bzw. die Bezugsbetreuerin.

### Praxistipp



#### Agenda vorbereiten

Erstellen Sie Tagesordnungspunkte für das Fallgespräch. Diese können hilfreich sein bei der inhaltlichen Vorbereitung und fördern einen strukturierten Ablauf des Gesprächs. Die PPT sollte als ein eigenständiger Punkt aufgenommen werden.

## Anlassbezogene Fallgespräche

### Bedeutung

In krisenhaften Situationen, die eine rasche Intervention auf Grund sich verändernder Verhaltensweisen der Person mit geistiger Behinderung erforderlich machen, können spontane Fallgespräche eine konkrete Verhaltensanalyse und -reflexion ermöglichen und zeitnahe nichtmedikamentöse sowie medikamentöse Interventionen initiieren. Eine klare Zielstellung für diesen Austausch unterstützt alle Beteiligten bei einer gezielten Vorbereitung auf das Fallgespräch sowie einer lösungsorientierten Auseinandersetzung mit der aktuellen Problematik.

### Umsetzung

Beim Auftreten einer akuten krisenhaften Situation, die den Austausch mit mehreren an der PPT beteiligten Personen erforderlich macht, wird zeitnah ein personenbezogenes Fallgespräch initiiert. An diesem Gespräch nehmen im Idealfall alle im Kontakt zur betreffenden Person stehenden sowie an der PPT beteiligten Personen teil. Es wird vorab eine klare Zielstellung formuliert und kommuniziert (z.B. Reduktion von fremdaggresivem Verhalten). Dies unterstützt alle Beteiligten bei einer gezielten Vorbereitung auf das Fallgespräch sowie einer lösungsorientierten Auseinandersetzung mit der aktuellen Problematik. Im Rahmen des Fallgespräches werden unterschiedliche Perspektiven ausgetauscht, reflektiert und nachfolgende Interventionen abgestimmt. Der mögliche Bedarf an Supervision der Mitarbeitende der Wohngruppe kann in diesem Austauschprozess bestimmt und diese ggf. geplant werden.

### Verantwortlichkeit

Die Organisation und Durchführung übernimmt die Gruppenleitung oder der Fachdienst.

## Jahresgespräch als „Festtag“ für die Person mit geistiger Behinderung

### Bedeutung

Alle für die Person mit geistiger Behinderung relevanten Unterstützer und Begleiter können sich mit ihr über ihre Wünsche und Bedürfnisse und auch untereinander austauschen sowie konkrete Anliegen besprechen. Die Person mit geistiger Behinderung und ihre Anliegen stehen dabei im Mittelpunkt der Betrachtungen. Für alle Beteiligten kann sich ein aktuelles, umfassendes und interdisziplinäres Bild zu der jeweiligen Person mit geistiger Behinderung ergeben. Auf dieser Grundlage können auch weitere Ziele, Schwerpunkte, Vorgehen und Verantwortlichkeiten im Zusammenhang mit einer psychopharmakologischen Behandlung abgestimmt werden.

### Umsetzung

Einmal jährlich, zu einem festgelegten Zeitpunkt (z.B. im Geburtstagsmonat), findet mit mehreren, an der Begleitung der Person mit geistiger Behinderung, Beteiligten ein gemeinsamer Austausch statt, vorausgesetzt die Person mit geistiger Behinderung ist damit einverstanden. Bei diesem Treffen steht die betreute Person im Mittelpunkt und der Rahmen für dieses Gespräch orientiert sich an ihren Bedürfnissen und Wünschen. Dieser persönliche Austausch sollte in einem Raum stattfinden, in dem sich die Person mit geistiger Behinderung wohl und sicher fühlt (z.B. vormittags im Gruppenraum der Wohngruppe).

### Verantwortlichkeit

An diesem Jahresgespräch nehmen neben der Person mit geistiger Behinderung die zuständigen Mitarbeitenden des Wohnheims (u.a. Bezugsbetreuer:in, interne Tagesstruktur), behandelnde Ärzte bzw. Ärztinnen, Angehörige, ggf. gesetzlicher Betreuer:in, Therapeuten und ggf. Mitarbeitende der WfbM teil.

## Thematisierung PPT-relevanter Aspekte bei der Dienstübergabe

### Bedeutung

Die Dienstübergabe ermöglicht einen expliziten Austausch zu bewohnerbezogenen Aspekten, die zum Teil offenkundig PPT-relevant sind (z.B. Beobachtungen von möglichen unerwünschten Wirkungen einer Medikation), zum Teil aber auch nur in der Gesamtschau oder in der Bewertung durch den Arzt bzw. die Ärztin PPT-relevant (z.B. Schlafverhalten) sind. Die zeitnahe und möglichst strukturierte Weitergabe der Alltagsbeobachtungen führt dazu, dass unterschiedliche Blickwinkel und Erfahrungen in die Bewertung der Situation einfließen und Einflussfaktoren für verändertes Verhalten leichter identifiziert werden können. Dies ermöglicht auch, Interventionen im Rahmen der PPT und hinsichtlich nicht-psychopharmakologischer Alternativen gemeinsam zu planen und nachfolgend einheitlich umzusetzen.

Werden die Beobachtungen während der Dienstübergabe verschriftlicht, können die Informationen in umfassender Form zur weiteren Auswertung auch an den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin weitergegeben werden. Dieser bzw. diese kann ggf. Auffälligkeiten identifizieren, die für die PPT relevant sind, aber von den Mitarbeitern bzw. Mitarbeiterinnen nicht als solche eingeordnet werden können.

### Umsetzung

Die regelmäßig stattfindende Dienstübergabe bietet eine Möglichkeit, sich über Alltagsbeobachtungen aller Bewohner:innen auszutauschen, die direkt oder indirekt PPT-relevant sein können. Ein Informationsaustausch speziell zur PPT sollte zu jeder Person mit geistiger Behinderung erfolgen, die erstmalig oder mit veränderter Medikation psychopharmakologisch behandelt wird. Die Inhalte der Übergabe können auch schriftlich in der internen Dokumentation bzw. in einem Protokoll festgehalten werden, wodurch keine Inhalte verloren gehen und alle Mitarbeitenden sowie die Ärzte und Ärztinnen die für sie relevanten Informationen erhalten.

### Verantwortlichkeit

Die Verantwortung liegt bei den dienstwechselnden Mitarbeitenden.

## „Kommunikationsinseln“ für Mitarbeitende schaffen

### Bedeutung

„Kommunikationsinseln“ können den Austausch zwischen den Mitarbeitenden zusätzlich unterstützen, der während des Arbeitsalltags nicht stattfindet bzw. stattfinden kann. Der Austausch kann dazu beitragen, dass die Person mit geistiger Behinderung in ihren Bedürfnissen, Interessen und nicht-psychopharmakologischen Bewältigungsstrategien besser verstanden wird. Zudem wird die Sensibilität für Verhaltensänderungen erhöht, die ggf. durch die PPT bedingt sind (z.B. durch mögliche Nebenwirkungen).

### Umsetzung

Es werden gezielt Zeiträume und Räumlichkeiten (sog. „Kommunikationsinseln“) geschaffen, die den Mitarbeitenden die Möglichkeit zum informellen Austausch über die Bewohner:innen bieten, ohne durch andere Arbeiten abgelenkt zu sein. Beispiele sind Kaffeepausen oder in den Zeiten der Mittagsruhe. Inhalte der Gespräche können Alltagsbeobachtungen sein, beispielsweise die vermehrte Beschäftigung einer Bewohnerin mit einer Kuschedecke in Stresssituationen. Diese Informationen können in die PPT einfließen (z.B. Aufnahme der Kuschedecke in „Koffer“ mit individuellen nicht-psychopharmakologischen Angeboten (siehe [Maßnahme K11](#))).

### Verantwortlichkeit

Die Einrichtungsleitung prüft Möglichkeiten und schafft ggf. neue „Kommunikationsinseln“ zum Austausch zwischen Mitarbeitenden.



## Vier-Augen-Prinzip bei Bedarfsmedikationsgabe

### Bedeutung

Die Gabe von Bedarfsmedikation muss die ärztlichen Handlungsanleitungen umsetzen, die wiederum an den Interessen und Bedürfnissen der Person mit geistiger Behinderung orientiert ist.

Interessen und Bedürfnisse sowie subjektive Einstellungen zur PPT von Mitarbeitenden dürfen bei der Entscheidung für bzw. gegen eine Bedarfsgabe keine Rolle spielen. Durch die obligatorische Rückversicherung bei der Gabe von Bedarfsmedikation durch eine zweite Person kann gewährleistet werden, dass die ärztlichen Vorgaben eingehalten werden.

### Umsetzung

Vor einer Bedarfsmedikationsgabe muss eine zweite Person aus dem Wohnheim hinzugezogen werden. Dieser wird das aktuelle Verhalten der betreffenden Person bzw. die Situation geschildert. Wenn möglich, verschafft sich die zweite Person selbst einen Eindruck von dem Verhalten bzw. der Situation. Im Vier-Augen-Gespräch (persönlich oder telefonisch) wird das gezeigte Verhalten bzw. die Situation gemeinsam erörtert und hinsichtlich der Bedarfsmedikationsgabe eine Entscheidung getroffen. Das Gespräch und das Ergebnis werden dokumentiert.

### Verantwortlichkeit

Mitarbeitende, die für die Bedarfsmedikationsgabe zuständig sind.

## Liste mit internen Ansprechpersonen mit spezifischem Wissen zu PPT und zu psychischen Störungen

### Bedeutung

Durch eine Liste mit konkreten Ansprechpersonen im Wohnheim kann deren spezifisches Wissen zu PPT oder psychischen Erkrankungen vernetzt und weitergegeben werden. Zusätzlich können mit Hilfe der Liste die entsprechenden Ansprechpartner:innen schnell ermittelt werden. Dabei sollte beachtet werden, dass bei medizinischen Fragen (z.B. zur Indikationsstellung oder zur Einschätzung der Wirkung und Nebenwirkungen der Medikation) immer der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin an erster Stelle kontaktiert werden sollte.

### Umsetzung

Es wird eine Liste erstellt mit allen Mitarbeitenden inkl. dienstlichen Kontaktdaten, die spezifisches Wissen zu PPT oder psychischen Störungen haben. Dieses Wissen können Mitarbeitende beispielsweise durch ein zusätzliches Studium oder Weiterbildungen erlangt haben. Die Liste wird einmalig erstellt, für alle zugänglich abgelegt (z.B. in der Dokumentation) und regelmäßig (z.B. jährlich) überprüft und ggf. angepasst.

### Verantwortlichkeit

Es wird im Team festgelegt, wer die Erstellung und regelmäßige Überprüfung der Liste übernimmt (z.B. Schulungsbeauftragte oder eine andere für Weiterbildungen zuständige Person).

## Regelmäßiger Austausch zwischen Wohnheim und tagesstrukturierenden Angeboten und Einrichtungen

### Bedeutung

Durch den Wissensaustausch besitzen alle, die im Kontakt mit der Person mit geistiger Behinderung stehen, die gleichen Informationen und können damit die Person im Alltag und bei der PPT besser und gezielter unterstützen. Zudem können situationsabhängige Verhaltensweisen identifiziert werden, die einen Hinweis für die Indikationsstellung sowie die Überprüfung von Wirkungen und Nebenwirkungen liefern können.

### Umsetzung

In regelmäßigen Abständen (z.B. einmal im Quartal) treffen sich Mitarbeitende des Wohnbereichs mit Mitarbeitenden der unterschiedlichen Tagesstrukturbereiche (z.B. Werkstatt, Seniorenbetreuung) und tauschen sich bzgl. aktuellem Verhalten der Personen mit geistiger Behinderung aus. In dem Gespräch werden alle Bewohner:innen thematisiert; das Ziel ist der Austausch über die unterschiedlichen Beobachtungen. Ein zusätzliches Treffen für einen intensiveren Austausch kann bei Bedarf durchgeführt werden.

### Verantwortlichkeit

Eine leitende Person (z.B. Teamleitung) plant und koordiniert in Abstimmung mit den weiteren Teilnehmenden den Termin.

### Praxistipp



#### Liste mit Ansprechpersonen der verschiedenen Strukturen

Erstellen Sie eine Liste mit Ansprechpersonen für den Austausch außerhalb der o.g. Treffen. Die Liste enthält die Namen der Ansprechpersonen in den einzelnen Bereichen (z.B. Wohnbereich, Werkstatt, Seniorenbetreuung) sowie deren dienstliche Kontaktdaten. Zudem enthält sie Informationen, mit welchen weiteren Fachkräften die Mitarbeitenden (überwiegend) Kontakt haben. Die Übersicht wird einmalig erstellt und zirkuliert sowie in regelmäßigen Abständen überprüft und ggf. angepasst. Mithilfe der Übersicht wird die Kommunikation zwischen den einzelnen Bereichen erleichtert.

### 6.3 Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal (M)

## Realisierung einer niederschweligen Kontaktaufnahme zum Arzt oder zur Ärztin

M1

### Bedeutung

Ein schneller und unkomplizierter Kontakt zwischen Mitarbeitenden und Ärzten bzw. Ärztinnen ist während der PPT bedeutsam. So können Informationen, z.B. Beobachtungen von Mitarbeitenden auf direktem Weg dem Arzt bzw. der Ärztin mitgeteilt werden, bevor sich die Situation dieser Person mit geistiger Behinderung verschlechtert oder negative Behandlungsfolgen auftreten. Zusätzlich können bei einem Kontakt Unklarheiten auf Seiten der Mitarbeitenden bzgl. der PPT (z.B. plötzlich auftretende körperliche Veränderungen) geklärt und die Person mit geistiger Behinderung bestmöglich in ihrer Behandlung unterstützt werden. Die Realisierung einer niederschweligen Kontaktaufnahme ist in der PPT von Menschen mit geistiger Behinderung besonders wichtig, da diese eine gesteigerte Empfindlichkeit für Nebenwirkungen und ein erhöhtes Potential für Komplikationen aufweisen<sup>6</sup>.

### Umsetzung

Im Rahmen einer kurzen Besprechung stimmen sich Mitarbeitende gemeinsam mit dem Arzt bzw. der Ärztin über die Art und Weise der zukünftigen Kontaktaufnahme ab. Festgelegte Kommunikationswege werden in der Dokumentation hinterlegt. Für eine niederschwellige Kontaktaufnahme sind spontane Telefonanrufe (im Notfall die Mobilnummer), E-Mail-Kontakt, spontane Hausbesuche oder die kurzfristige Vorstellung der Person mit geistiger Behinderung in der Praxis möglich. Zusätzlich können telemedizinische Möglichkeiten genutzt werden wie z.B. Videotelefonie via Tablet. Dabei besteht die Möglichkeit, die Person mit geistiger Behinderung aktiv durch z.B. eine kurzfristige digitale Sprechstunde einzubinden.

### Verantwortlichkeit

Die Verantwortlichkeit für die Abstimmung der kurzfristigen Kontaktaufnahme liegt bei den für die PPT zuständigen Fachpersonen im Wohnheim und dem Arzt bzw. der Ärztin.

### Praxistipps



#### Kontaktmöglichkeit bei nächster Visite besprechen

Besprechen Sie direkt während der nächsten Visite, welche Kontaktmöglichkeit Sie nutzen können und notieren Sie dies für alle zugänglich in der Dokumentation.



#### Möglichkeit zu regelmäßigen Telefonsprechzeiten klären

Fragen Sie nach der Möglichkeit einer telefonischen Erreichbarkeit im Bedarfsfall (z.B. ein Zeitraum an bestimmten Wochentagen).

## Feste Ansprechperson(en) bei Fragen zur PPT

### Bedeutung

Zur individuellen Begleitung und Unterstützung der PPT einer Person mit geistiger Behinderung steht den Mitarbeitenden des Wohnheims der behandelnde Arzt bzw. die Ärztin (ggf. zusätzlich die Mitarbeitenden der Apotheke) als Ansprechperson zur Seite. Deren spezielle Fachkenntnisse und Erfahrungswerte können im Interesse der Person mit geistiger Behinderung zur Stärkung ihres Wohlbefindens, zur Reflexion von auffälligen Verhaltensweisen und zur Beratung im Umgang mit diesen sowie zur Umsetzung psychopharmakologischer und nicht-psychopharmakologischer Maßnahmen genutzt werden.

### Umsetzung

Der Arzt oder die Ärztin und/oder Apotheker:in ist direkte Ansprechperson für Mitarbeitende bei Fragen zu Grundlagen der PPT sowie bei spezifischen Fragen zu einzelnen Psychopharmaka (z.B. mögliche Nebenwirkungen, Wechselwirkungen). Je nach Dringlichkeit können Mitarbeitende schriftlich Kontakt aufnehmen oder ein persönliches Gespräch nutzen. Ebenso können die regelmäßige Visite bzw. der regelmäßige Kontakt mit der Apotheke für die Klärung von Fragen genutzt werden. Idealerweise wird direkt mit dem Arzt oder der Ärztin und Apotheker:in das Vorgehen bei Kontaktaufnahme vorab geklärt.

### Verantwortlichkeit

Jeder Mitarbeitende kann den Arzt oder die Ärztin und Apotheker:in bei Fragen kontaktieren. Die Kommunikation kann auch mithilfe der festen internen Ansprechperson (z.B. den wohnheim-internen Fachdienst) für PPT stattfinden.

## Begegnungsmöglichkeiten schaffen zwischen Fachärzten und Fachärztinnen aus der Wohnheimumgebung und Bewohnern und Bewohnerinnen aus dem Wohnheim

### Bedeutung

Das Kennenlernen des Wohnheims und der Personen mit geistiger Behinderung durch weitere Fachärzte bzw. Fachärztinnen aus dem Wohnumfeld kann einen Abbau von Berührungängsten, gegenseitiges Verständnis sowie die Reduktion der Kontaktschwelle unterstützen. Darüber hinaus wird ein direkter Austausch mit Mitarbeitenden vor Ort ermöglicht, z.B. zur Kommunikation von Personen mit geistiger Behinderung.

Eine solche Begegnungsmöglichkeit erscheint sinnvoll für Fachärzte bzw. Fachärztinnen, die regelmäßig Personen mit einer geistigen Behinderung betreuen und die Kommunikation mit diesen Personen verbessern möchten. Zusätzlich können Fachärzte bzw. Fachärztinnen (wie z.B. Gynäkologen und Gynäkologinnen), die nur punktuell Personen mit geistiger Behinderung behandeln, Berührungängste zu diesem Personenkreis überwinden und ein intensiveres Verständnis für diese entwickeln.

Diese Maßnahme kann zum Ausbau bzw. der Verbesserung der Zusammenarbeit mit den lokalen Fachärzten und Fachärztinnen führen und somit auch die PPT positiv beeinflussen, z.B. durch vereinfachte Arztfindung für Abklärung möglicher organischer Ursachen bei Verhaltensauffälligkeiten.

### Umsetzung

Im Wohnheim wird eine Begegnungsmöglichkeit zwischen den Personen mit geistiger Behinderung und Fachärzten und Fachärztinnen, die ihre Praxis in der Umgebung des Wohnheims haben, organisiert (z.B. gemeinsames Sommerfest, Informationsabend). Die Veranstaltung richtet sich an alle Fachärzte und Fachärztinnen der Umgebung, vor allem an solche, die nur punktuell Kontakt zu dieser Personengruppe haben (z.B. Hautärzte, Hautärztinnen). Dieser Kontakt soll ein gegenseitiges Kennenlernen und einen Austausch ermöglichen. Zusätzlich kann auch gezielt Wissen in Form von kurzen Vorträgen vermittelt werden. Die konkrete Ausgestaltung wird im Wohnheim abgestimmt (z.B. regelmäßig/einmalig, Veranstaltungsort).

### Verantwortlichkeit

Um zu gewährleisten, dass eine solche Begegnungsmöglichkeit mit den Fachärzten bzw. Fachärztinnen der Umgebung organisiert werden kann, sollte im Vorfeld ein Treffen für die gemeinsame Planung und eine klare Aufteilung der Aufgaben/Verantwortlichkeiten stattfinden. Im Vorfeld sollten die Mitarbeiter über die Bedeutung und Sinnhaftigkeit eines solchen Treffens (z.B. zukünftige Formen der Zusammenarbeit, oder Möglichkeiten einer patientenzentrierten medizinischen Versorgung) informiert werden.

Ärzte bzw. Ärztinnen werden von den Leitungspersonen des Wohnheims angeschrieben und zur Veranstaltung eingeladen.

## Kooperation mit einem Medizinischen Zentrum für Menschen mit Behinderung (MZEZ)

### Bedeutung

Die Zusammenarbeit mit weiteren, speziell auf den Personenkreis der Personen mit geistiger Behinderung spezialisierten Fachärzten und Fachärztinnen kann eine gezieltere Beurteilung der problematischen Verhaltensweisen sowie eine interdisziplinäre Diagnostik und Beratung erleichtern. Dies kann durch die Kooperation mit einem MZEZ gewährleistet werden.

### Umsetzung

Je nach der praktischen Realisierbarkeit der Zusammenarbeit mit einem Medizinischen Zentrum für Menschen mit Behinderung (MZEZ) sind verschiedene Möglichkeiten der Kommunikation vorstellbar. Neben einer persönlichen Vorstellung der Bewohner:innen im MZEZ können regelmäßige fallbezogene Online-Meetings durchgeführt werden. Mitarbeitende des MZEZ können in der Wohngruppe hospitieren und so die Person mit geistiger Behinderung in ihrem Wohnumfeld kennenlernen. Eine weitere Form der Kooperation wird durch die Beteiligung von Mitarbeitenden des MZEZ an den Fallgesprächen im Wohnheim möglich. Dies kann durch die persönliche Teilnahme oder die Nutzung digitaler Videokonferenzen geschehen. Die Gestaltung und Intensität der Kooperation zwischen dem Wohnheim und dem MZEZ richtet sich, neben der praktischen Umsetzbarkeit, in erster Linie nach den Erfordernissen in der Begleitung der Person mit geistiger Behinderung.

### Verantwortlichkeit

Die Mitarbeitenden des Wohnheims bzw. der gesetzliche Betreuer bzw. die Betreuerin nehmen entsprechend der ärztlichen Verordnung Kontakt zu einem MZEZ auf.

## Kontakt des Wohnheimes zur Klinik während Klinikaufenthalt

### Bedeutung

Kommt es zu einem Krankenhausaufenthalt, ist der Kontakt und Austausch zwischen Wohnheim und Klinik wichtig, um die Interessen und Bedürfnisse der Person mit geistiger Behinderung auch während eines Krankenhausaufenthaltes berücksichtigen zu können. Dabei können Informationen z.B. zur Kommunikation und/oder zu nicht-psychopharmakologischen Bewältigungsstrategien der Person mitgeteilt werden. Umgekehrt erhält das Wohnheim Informationen zu Beobachtungen und Veränderungen in der PPT, die im Krankenhaus vorgenommen wurden.

### Umsetzung

Während eines stationären Klinikaufenthaltes steht der:die verantwortliche Wohnheimmitarbeiter:in in regelmäßigem Kontakt zu Mitarbeitenden der Klinik. Dies kann in Form von Telefongesprächen, Gesprächen vor Ort oder mithilfe von Videotelefonie stattfinden. Inhalt der Gespräche können relevante Informationen für Mitarbeitende der Klinik (z.B. Besonderheiten einer Person) sowie Informationen zum Behandlungsverlauf für Mitarbeitende des Wohnheims (z.B. Diagnose, Medikation) sein. Die Informationen aus dem Krankenhaus werden im Team weitergegeben und in der Dokumentation vermerkt. Der Austausch findet bei Klinikeinweisung, im Verlauf (z.B. einmal pro Woche) und bei Entlassung statt.

### Verantwortlichkeit

Eine Person aus dem Wohnheim mit engem und vertrauensvollem Kontakt zur betreffenden Person (z.B. Bezugsbetreuer:in, medizinischer Fachdienst, Sozialdienst) organisiert den Austausch, führt die Gespräche und leitet relevante Informationen an Kollegen bzw. Kolleginnen weiter. Damit ein regelmäßiger Austausch gewährleistet ist, wird eine Vertretung bei Abwesenheit bestimmt.



## 6.4 Zusammenarbeit mit Familienangehörigen (F)

### Austausch zwischen Mitarbeitenden und Angehörigen zu Beobachtungen im häuslichen Umfeld

F1

#### Bedeutung

Die Angehörigen der Person mit geistiger Behinderung stehen in einer besonderen (ist ja nicht immer eng...) Beziehung zu dieser. Für eine ganzheitliche Betrachtung sind der Blickwinkel der Angehörigen und Beschreibungen des Verhaltens im häuslichen Umfeld von Bedeutung, da in verschiedenen Kontexten unterschiedliche Verhaltensweisen und Verhaltensmuster auftreten können. Diese Informationen können mit den Beobachtungen der Mitarbeitenden im Wohnheim abgeglichen werden und in die Überlegungen zur Notwendigkeit und Gestaltung einer psychopharmakologischen Behandlung einfließen.

#### Umsetzung

Es finden geplante (z.B. bei Neuaufnahme, jährliches Fallgespräch) und spontane Gespräche (z.B. nach einem Aufenthalt der betreffenden Person im häuslichen Umfeld) zwischen Mitarbeitenden und Angehörigen statt, um sich zu verhaltensspezifischen Beobachtungen der Angehörigen sowie zum aktuellen Befinden der betreffenden Person auszutauschen. Die Gespräche finden persönlich und unter Beisein der betreffenden Person in einer ruhigen, ungestörten Umgebung oder telefonisch statt. Die Beobachtungen und Sichtweisen der Angehörigen werden in der Dokumentation hinterlegt und somit allen Mitarbeitenden zugänglich gemacht.

#### Verantwortlichkeit

Bei einem geplanten Angehörigengespräch erfolgt der Austausch mit der dafür verantwortlichen Person aus dem Wohnheim (z.B. Bezugsbetreuer:in, Wohngruppenleiter:in, Sozialdienstmitarbeiter:in), bei einem spontanen Austausch (z.B. nach einem Wochenendaufenthalt) durch die diensthabende Person.

## Gespräche zur Information der Angehörigen über die PPT

### Bedeutung

Die Erwartungen und Bedenken der Angehörigen im Hinblick auf eine psychopharmakologische Behandlung haben Einfluss auf deren Gestaltung und benötigen daher Aufmerksamkeit. Durch eine Information über das Ziel der Behandlung können Angehörige ein Verständnis dafür entwickeln, in ihrem eigenen Handeln unterstützt werden und somit auch die Qualität und Kontinuität der PPT verbessern. Durch die Gespräche können die Mitarbeitenden auf die individuellen Bedürfnisse und Fragen der Angehörigen eingehen und dadurch ein gegenseitiges Vertrauen entwickeln.

### Umsetzung

Die Informationsgespräche können bei konkreten Fragen der Angehörigen zur PPT im Rahmen eines geplanten Termins (z.B. Erstvorstellung beim Facharzt bzw. der Fachärztin) sowie auch spontan bei akuten Themen oder Fragen seitens der Angehörigen oder der Mitarbeitenden stattfinden. Im Kontakt werden relevante Informationen seitens des Wohnheims an die Angehörigen weitergegeben, vorrangig Therapieinhalte, Änderungen in der Medikation, auftretende Probleme bei der aktuellen Medikation oder Angaben zu Nebenwirkungen. Gespräche finden in einem ruhigen Rahmen (z.B. Beratungsraum) statt, um Fragen und Anliegen ungestört zu besprechen.

### Verantwortlichkeit

Eine Person aus dem Wohnheim mit engem und vertrauensvollem Kontakt zur betreffenden Person (z.B. Bezugsbetreuer:in) oder die diensthabende Person plant und führt das Gespräch.

### Praxistipp



#### Schriftliches Informieren der Angehörigen

Mitarbeitende informieren die Angehörigen regelmäßig (z.B. monatlich) kurz zum aktuellen Stand der PPT per Post oder E-Mail. Eine Person aus dem Wohnheim mit engem und vertrauensvollem Kontakt zur Person mit geistiger Behinderung (z.B. Bezugsbetreuer:in) verfasst die Kurzmitteilungen und versendet diese.

## Angehörigenstammtisch mit Arzt oder Ärztin

### Bedeutung

Im Rahmen regelmäßiger „Angehörigenstammtische“ mit den Wohnheimmitarbeitenden und dem Arzt bzw. der Ärztin für Neurologie oder Psychiatrie wird eine Möglichkeit zum Austausch mit anderen Angehörigen und zum Besprechen von Fragen zur medikamentösen Therapie gegeben. Dieser Gesprächsrahmen gibt dem Arzt bzw. der Ärztin einen zusätzlichen Raum, den Angehörigen aktiv zuzuhören und auf deren Ängste in Bezug auf eine psychopharmakologische Therapie eingehen zu können.

### Umsetzung

Regelmäßig und fest terminiert (z.B. einmal jährlich) findet ein Stammtisch mit interessierten Angehörigen, Mitarbeitenden des Wohnheims sowie dem behandelnden Arzt bzw. der Ärztin für Psychiatrie oder Neurologie statt. Dieses Treffen kann in einem geeigneten, ungestörten Raum im Wohnheim (z.B. Speiseraum) oder außerhalb des Wohnheims (z.B. separater Raum in einer Gaststätte) durchgeführt werden. Bei dem Treffen wird bereits ein Nachfolgetermin mit allen Teilnehmenden abgestimmt und vereinbart.

### Verantwortlichkeit

Die Leitung der Wohngruppe oder des Wohnheims planen und organisieren in Absprache mit dem Arzt bzw. der Ärztin den Angehörigenstammtisch.

## Regelmäßige Sprechzeiten für Angehörige

### Bedeutung

Die Erwartungen und Bedenken der Angehörigen im Hinblick auf die PPT können Einfluss auf deren Gestaltung nehmen. Durch das regelmäßige Informieren und den Austausch mit den Angehörigen über den aktuellen Stand der Behandlung können diese ein besseres Verständnis für die PPT entwickeln und in ihrem eigenen Handeln unterstützt werden. Somit kann die Qualität und Kontinuität der PPT verbessert werden. Die Sprechzeiten haben das Ziel, einen regelmäßigen und zuverlässigen Zeitraum zum Austausch zu schaffen.

### Umsetzung

Die Angehörigen können die Mitarbeitenden zu vorgegebenen Zeiträumen telefonisch für Anliegen, Fragen oder Informationen erreichen. Der Zeitraum orientiert sich dabei an dem Alltag des Wohnheims (z.B. wöchentlich Mittwochmittag). Die genauen Sprechzeiten werden z.B. über Angehörigenbriefe kommuniziert.

### Verantwortlichkeit

Es wird im Team festgelegt, wer die Kommunikation mit Angehörigen bzgl. der neuen Sprechzeiten übernimmt (z.B. Gruppenleitung). Den konkreten Austausch mit Angehörigen übernimmt eine Person aus dem Wohnheim mit engem und vertrauensvollem Kontakt zur betreffenden Person (z.B. Bezugsbetreuer:in).

## Vermittlung zwischen Person mit geistiger Behinderung und Angehörigen bei gegensätzlichen Interessen

### Bedeutung

Angehörige stehen zumeist in einer engen Beziehung zu der im Wohnheim lebenden Person mit einer geistigen Behinderung und möchten für diese eine bestmögliche Unterstützung. Häufig wünschen sie sich daher, dass ihre eigenen Vorstellungen und Erwartungen im Rahmen einer PPT berücksichtigt werden. Erscheinen diese jedoch als abweichend von den wohlverstandenen Interessen und Bedürfnissen der begleiteten Person, können Mitarbeitende des Wohnheims eine vermittelnde Rolle einnehmen und ein Angehörigengespräch initiieren, um die Angehörigen umfassender in die Überlegungen zu einer PPT einzubeziehen. Dies kann ein besseres Verständnis für das Therapierational unterstützen und so zu einer bestmöglichen Unterstützung der betreffenden Person im Behandlungsverlauf beitragen.

### Umsetzung

Scheinen aus Sicht der Wohnheimmitarbeitenden die wohlverstandenen Interessen der Person mit geistiger Behinderung nicht übereinstimmend mit denen ihrer Angehörigen zu sein (z.B. in Bezug auf die grundsätzliche Gabe von Psychopharmaka), können Mitarbeitende eine vermittelnde Rolle einnehmen und ein gemeinsames Gespräch anregen. In diesem Gespräch kann die Person mit geistiger Behinderung die Möglichkeit erhalten, ihre aktuelle Situation und ihre Bedürfnisse darzustellen (ggf. mit Unterstützung eines ihr vertrauten Mitarbeiters bzw. einer vertrauten Mitarbeiterin). Ziel dieses Gesprächs ist es **nicht**, die Angehörigen **von der Sichtweise der Wohnheimmitarbeitenden zu „überzeugen“**, sondern einen offenen Austauschprozess zu ermöglichen.

Falls aus Sicht der Person mit geistiger Behinderung bzw. der Angehörigen wünschenswert, kann zusätzlich zu diesem vermittelnden Gespräch ein weiterer Austausch mit Mitarbeitenden der Wohneinrichtung, der tagesstrukturierenden Angebote oder aber die behandelnde Ärztin bzw. der Arzt stattfinden, um die Angehörigen umfassend über die pädagogischen, medizinischen oder therapeutischen Sichtweisen zu informieren. Dabei ist es wichtig, die Angehörigen in ihrer Situation abzuholen (z.B. Ängste und Schuldgefühle). Der Fokus liegt jedoch stets auf den Bedürfnissen und Interessen der betreffenden Person.

### Verantwortlichkeit

Eine Person aus der Wohneinrichtung mit engem und vertrauensvollem Kontakt zur Person mit geistiger Behinderung (z.B. Bezugsbetreuer:in) initiiert das erste Gespräch. Bei Bedarf werden weitere Mitarbeitende, ärztliche Fachpersonen und der Fachdienst involviert.

## 6.5 Visite (V)

# Anpassung des ärztlichen Versorgungsmodells an die Bedürfnisse der Person mit geistiger Behinderung

V1

### Bedeutung

Visiten finden entweder im Wohnheim (aufsuchendes, nachgehendes Modell) oder in den Praxis- bzw. Klinikräumen des Arztes bzw. der Ärztin statt (Komm-Struktur). Das Setting hat Einfluss auf das Wohlbefinden, die Kommunikation und das Verhalten der Person mit geistiger Behinderung; es beeinflusst die Arzt-Patient-Beziehung und hat damit auch Auswirkungen auf die PPT. Die Grundlage für die Gestaltung der ärztlichen Versorgung bilden die Bedürfnisse der Person mit geistiger Behinderung.

### Umsetzung

Die Person mit geistiger Behinderung kann ggf. dazu befragt werden, ob der Arztkontakt aus ihrer Sicht besser im Wohnheim oder in den Praxis- bzw. Klinikräumen des Arztes bzw. der Ärztin stattfinden soll. Zusätzlich können Beobachtungen hilfreich sein, die zeigen, dass die Person sich in einem bestimmten Setting (im vertrauten Umfeld im Wohnheim oder in der Arztpraxis) wohler fühlt, indem sie z.B. weniger ängstlich wirkt oder mehr kommuniziert. Beide Versorgungsmodelle verfügen über Aspekte, die für die Therapie der jeweiligen Person mit geistiger Behinderung vorteilhaft sein können:

Finden Visiten im Wohnheim statt (aufsuchendes, nachgehendes Modell), bleibt die Person mit geistiger Behinderung in ihrem vertrauten sicheren Umfeld und es fällt ihr ggf. leichter mit dem Arzt bzw. der Ärztin zu kommunizieren. Es entsteht weniger Anspannung, die z.B. die Fahrt bzw. die Wartezeit in der Arztpraxis erzeugen können.

Finden Visiten in den Praxis- oder Klinikräumen des Arztes bzw. der Ärztin statt (Komm-Struktur), haben die Bewohner: innen die Möglichkeit, mit Abstand zum Wohnheimumfeld z.B. ihre körperlichen Beschwerden oder ihr psychisches Befinden mitzuteilen.

Für die Umsetzung dieser Maßnahme kann es ggf. erforderlich sein, dass ein betreuender Arzt bzw. eine betreuende Ärztin beide Versorgungsmodelle anbietet oder zusätzlich ein Arzt bzw. eine Ärztin für das jeweils andere Versorgungsmodell involviert wird.

### Verantwortlichkeit

Mitarbeitende sprechen sich gemeinsam mit der betreffenden Person bzgl. ihrer Bedürfnisse hinsichtlich des Versorgungsmodells ab. Eine leitende Person sucht das Gespräch mit dem Arzt bzw. der Ärztin, um sich hinsichtlich der Art der ärztlichen Versorgung bzw. hinsichtlich möglicher Änderungen im Versorgungsmodell abzustimmen.

## Praxistipp



### **Vereinbarung der Visitermine für ein Jahr**

Vereinbaren Sie anlasslose Visitermine mit dem Arzt oder der Ärztin zu Beginn des Jahres für das gesamte Jahr. Eine regelmäßige Visite gewährleistet eine gute ärztliche Begleitung und kontinuierliche Überprüfung der Behandlung. Durch das Festlegen der Termine vorab können regelmäßige Visiten sowie eine optimale Vorbereitung von Seiten des Wohnheims wie auch des Arztes oder der Ärztin gewährleistet werden.

Falls erforderlich finden ergänzend hierzu anlassbezogene Visiten statt.

## Feste Ansprechperson im Wohnheim für Visite

### Bedeutung

Dem Arzt oder der Ärztin steht für die Visite und alle damit verbundenen Aspekte eine konstante Ansprechperson aus dem Wohnheim zur Verfügung. Diese übermittelt dem Arzt oder der Ärztin alle notwendigen Informationen und steht für Nachfragen zur Verfügung. Informationen aus den Visiten kommuniziert sie an die weiteren Mitarbeitenden.

### Umsetzung

Eine Person aus dem Wohnheim ist für die Visite verantwortlich. Sie bereitet diese vor (siehe auch [Maßnahme V3](#) „Visitenvorbereitungsbogen zum Stand der PPT, Beobachtungen und Umweltfaktoren“), begleitet die Person mit geistiger Behinderung zur Visite, bespricht die Visite gemeinsam mit dieser Person (siehe auch [Maßnahme V13](#) „Nachbesprechung der Visite mit Person mit geistiger Behinderung“) und bereitet die Visite für das Team nach (z.B. kurzes Update in der Teambesprechung, Zusammenfassung in Dokumentation eintragen). Zudem kann sie als Ansprechpartner:in bei Fragen bzgl. der PPT dienen.

### Verantwortlichkeit

Von der Wohnheimleitung wird festgelegt, wer als feste Ansprechperson fungiert. Um zu gewährleisten, dass die Aufgaben der Ansprechperson kontinuierlich durchgeführt werden, wird eine Vertretung bei Abwesenheit bestimmt.

### Praxistipps



#### Ansprechperson notieren

Notieren Sie die Ansprechperson auf dem Formular zur Visitenvorbereitung (siehe auch [Maßnahme V3](#) „Visitenvorbereitungsbogen zum Stand der PPT, Beobachtungen und Umweltfaktoren“), sodass die Verantwortlichkeiten eindeutig sind.



#### Informationen vor Visite übermitteln

Übermitteln Sie bereits im Voraus alle relevanten Informationen dem Arzt bzw. der Ärztin, z.B. mithilfe des Bogens zur Visitenvorbereitung (siehe auch [Maßnahme V3](#) „Visitenvorbereitungsbogen zum Stand der PPT, Beobachtungen und Umweltfaktoren“).



## Visitenvorbereitungsbogen zum Stand der PPT, Beobachtungen und Umweltfaktoren

### Bedeutung

Ein strukturierter Bogen zur Vorbereitung der Visite ermöglicht eine umfassende Übersicht aller therapierelevanten Bereiche für die Ärztin bzw. den Arzt. Inhalte dieses Bogens können der aktuelle Stand der PPT, Beobachtungen aus dem Wohnumfeld sowie Veränderungen von Umweltfaktoren sein. Ein strukturierter Visitenvorbereitungsbogen kann dazu dienen, alle für die Behandlung erforderlichen Aspekte zu erfassen. Zusätzlich wird die Gefahr reduziert, dass während der Visite Faktoren übersehen werden, die zur Aufrechterhaltung bzw. Verschlechterung der psychopathologischen Symptome führen können.

### Umsetzung

Mitarbeitende erstellen gemeinsam mit dem Arzt bzw. der Ärztin einen Visitenvorbereitungsbogen zum aktuellen Stand der PPT (z.B. aktuelles Zielverhalten, bisherige pädagogische Interventionen, bisherige Medikamente, individuelle Bedürfnisse der Person, Diagnose, Ergebnisse von Laboruntersuchungen), aktuellen Beobachtungen (bzgl. der möglichen Nebenwirkungen wie Gewicht, Puls, Blutdruck) und (veränderten) Umweltfaktoren. Die kontinuierliche Dokumentation der Beobachtungen und der Umweltfaktoren ermöglicht ein umfassendes Bild zu einem bestimmten Verhalten über eine längere Zeitspanne (z.B. Wochen) hinweg. Durch den Visitenbeobachtungsbogen sind die Informationen zusammengefasst und für die Ärztin bzw. den Arzt so gefiltert, dass relevante Informationen sofort ersichtlich sind. Der Visitenvorbereitungsbogen ist übersichtlich gestaltet (z.B. in Stichpunkten oder als „Steckbrief“). Der Visitenvorbereitungsbogen wird vor der Visite von der verantwortlichen Person ausgefüllt und zur Visite mitgebracht. Bei Bedarf kann er auch bereits vorab übermittelt werden.

### Verantwortlichkeit

Es wird im Team festgelegt, wer die Vorbereitung und Weiterleitung des Bogens übernimmt (z.B. Gruppenleitung). Damit beides gewährleistet ist, wird eine Vertretung bei Abwesenheit bestimmt.

### Praxistipps



#### Bestehende Vorlagen nutzen

Nutzen Sie für die Erfassung von Symptomen und abweichendem Verhalten bestehende [Vorlagen](#).



#### Verlauf des Verhaltens darstellen

Machen Sie für den Arzt oder die Ärztin den Verlauf des Verhaltens erkennbar, indem Sie die Tagesdokumentation zusammenfassen. Dazu ist eine kontinuierliche Dokumentation über Tage oder Wochen hinweg wichtig (v.a. wenn ein auffälliges Verhalten festgestellt wurde).

## Visitenvorbereitung mit Person mit geistiger Behinderung

### Bedeutung

In der Visite soll die Person mit geistiger Behinderung entsprechend ihrer Ressourcen eigene Interessen und Bedürfnisse sowie psychische und/oder körperliche Beschwerden möglichst selbstständig kommunizieren können. Um sie dabei zu unterstützen, bereiten sich Mitarbeitende gemeinsam mit ihr auf die Visite vor, wobei möglichst alle Aspekte der Visite (z.B. Ablauf, Örtlichkeit, Arzt bzw. Ärztin) vorbesprochen werden. Dies soll dazu beitragen, dass sich die Person mit geistiger Behinderung später in der Visite wohl fühlt.

### Umsetzung

Die Vorbereitung des Bewohners oder der Bewohnerin auf die Visite wird individuell gestaltet und an die individuellen Ressourcen der Person angepasst.

### Verantwortlichkeit

Eine Person aus dem Wohnheim, die zur Visite begleitet.

### Praxistipps



#### Formulierung der Anliegen

Besprechen Sie gemeinsam mit dem Bewohner bzw. der Bewohnerin zeitnah vor der Visite (z.B. wenige Tage zuvor), welche Themen bzw. welche Anliegen in der Visite besprochen werden sollen.



#### Anregung zur Selbstbestimmung

Wenn Personen mit einer geistigen Behinderung einer gezielten Förderung und Entwicklung der Fähigkeit zur Äußerung von eigenen Bedürfnissen benötigen, können Sie Anregungen dazu im Alltag einbauen (z.B. eigenständige Auswahl bzgl. der Tagesaktivitäten). Dies kann als Übung zur Äußerung von konkreten Wünschen in der Visite dienen (siehe auch [Maßnahme K1](#) „Selbstbestimmung der Person mit geistiger Behinderung anregen“).



#### Visite als Rollenspiel

Üben Sie gemeinsam mit dem Bewohner bzw. der Bewohnerin die Visite im Rollenspiel, d.h. eine Person aus dem Wohnheim übernimmt die ärztliche Rolle und spielt mit der Person das Visitengespräch durch.



#### Kennenlernen des Arztes bzw. der Ärztin

Planen Sie ein „Kennenlerngespräch“ vor der Visite, falls die betreffende Person den Arzt oder die Ärztin noch nicht kennt (z.B. bei Neueinstellungen, Arztwechsel). Inhalt des Gesprächs ist hierbei nur das Kennenlernen; medizinische Inhalte werden nicht besprochen. Das Gespräch kann persönlich oder mithilfe einer Videokonferenz statt-

finden. Alternativ schauen sich eine Person aus dem Wohnheim und die Person mit geistiger Behinderung gemeinsam Fotos des Arztes oder der Ärztin an (z.B. über die Homepage der Praxis bzw. der Klinik).



**Kennenlernen der Praxisräume**

Besuchen Sie vor der eigentlichen Visite die Praxis- oder Klinikräume, falls diese noch nicht bekannt sind. Alternativ können (wenn möglich) Fotos der Räumlichkeiten online gemeinsam angeschaut werden.

## „Ich-Buch“ mit allgemeinen und behandlungsspezifischen Informationen zur Person mit geistiger Behinderung

### Bedeutung

Das „Ich-Buch“ als ein Hilfsmittel der Unterstützten Kommunikation ermöglicht es eingeschränkt lautsprachlich kommunizierenden Personen, dem Umfeld ihre Interessen, Bedürfnisse und Vorlieben mitzuteilen. Diese Informationen können so bei der Umsetzung einer patientenorientierten Behandlung und/ oder bei Krisengesprächen berücksichtigt werden.

### Umsetzung

Das „Ich-Buch“ dient u.a. der Vorstellung der Person selbst, ihres Umfeldes, ihrer Vorlieben, Hobbys und Interessen sowie ihrer kommunikativen Möglichkeiten. Das „Ich-Buch“ kann im Alltag im Wohnheim und im Rahmen der PPT genutzt werden, z.B. während der Vorstellung der Person mit geistiger Behinderung bei einem Arzt oder einer Ärztin sowie bei der Planung der PPT und alternativer Behandlungsoptionen.

Das „Ich-Buch“ wird über einen längeren Zeitraum gemeinsam mit der Person mit geistiger Behinderung (und ggf. mit Angehörigen) erstellt und regelmäßig ergänzt bzw. überarbeitet (z.B. im Geburtstagsmonat).

### Verantwortlichkeit

Eine Person aus dem Wohnheim mit engem und vertrauensvollem Kontakt zur betreffenden Person erarbeitet gemeinsam mit dieser die Inhalte des „Ich-Buchs“. Für die Zusammenstellung der individuellen Informationen und Fotos ist die Mithilfe der Angehörigen wünschenswert.

### Praxistipp



#### Vorlage zum „Ich-Buch“

Nutzen Sie für die Gliederung und Zusammenstellung des „Ich-Buches“ Vorlagen aus z.B. folgendem Buch:

Einfach Sprechen über Gesundheit und Krankheit. Medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache (2021) von Sappok, T., Burtscher R., Grimmer, A.<sup>5</sup>.

## Übersicht über die an der Visite teilnehmenden Personen mit geistiger Behinderung

### Bedeutung

Durch eine vorherige Übermittlung einer Übersicht aller Personen, die an der Visite teilnehmen werden, kann die Ärztin oder der Arzt sich gezielt auf diese Patientinnen und Patienten und deren Anliegen vorbereiten. Zudem wird die Visite für Mitarbeitende als auch für den Arzt oder die Ärztin strukturiert und planbar gestaltet.

### Umsetzung

Bis zu einer Woche vor der Visite wird eine aktuelle Übersicht mit allen Personen, die an der Visite teilnehmen werden, zusammengestellt und an den Arzt oder die Ärztin übermittelt. Diese umfasst die Patienten bzw. Patientinnen, die bereits in psychopharmakologischer Behandlung sind, Patienten bzw. Patientinnen, die kurzfristig die Visite aufsuchen möchten und Abwesenheitsmeldungen, falls Bewohner oder Bewohnerinnen aufgrund von Urlaub nicht an der Visite teilnehmen können. In der Übersicht sind vermerkt: Name und Geburtsdatum, Hauptanliegen der Visite (Kontrolltermin, Neuvorstellung), geschätzter Zeitumfang der Visite, anwesende Ansprechperson, ggf. Besonderheiten der Person mit geistiger Behinderung (z.B. Ängste).

### Verantwortlichkeit

Für die Koordination und das Zusammentragen der Informationen bietet sich eine leitende Person (z.B. Gruppenleitung) oder der Fachdienst an.

## Arztkontakt ohne Teilnahme von Mitarbeitenden

### Bedeutung

Die Ärztin bzw. der Arzt sind für die Person mit geistiger Behinderung die direkte Ansprechperson für ihre Anliegen in Bezug auf psychische Gesundheit und die psychopharmakologische Therapie. Im 4-Augen-Gespräch zwischen der Person und dem Arzt bzw. der Ärztin können ganz direkt Themen und Anliegen der Person, unter Einhaltung ihrer Privatsphäre, thematisiert werden. Die Person erhält so die Möglichkeit, ihre Vorstellungen und Interessen selbst zu kommunizieren und kann Inhalte besprechen, die sie im Beisein weiterer Personen (z.B. Mitarbeitende, gesetzl. Betreuer:in) nicht thematisieren würde. Die Ärztin bzw. der Arzt hat die Möglichkeit, sich mit dem Patienten direkt auszutauschen und diesen ohne Begleitung als individuelle Persönlichkeit zu erleben.

### Umsetzung

Auf Wunsch der Person mit geistiger Behinderung erfolgt die ärztliche Vorstellung während der Visite oder bei akuten Problemen ohne weitere (Begleit-)Personen. Die Person mit geistiger Behinderung wird bereits vor dem Arztkontakt durch die Mitarbeitenden des Wohnheims gefragt, ob sie diesen allein oder in Begleitung mit einer ihr vertrauten Person durchführen will. Die Möglichkeit, das ärztliche Gespräch allein zu führen, wird ihr auch während der Visite spontan ermöglicht. Falls die Person mit geistiger Behinderung damit einverstanden ist, kann im Anschluss an das Gespräch der Arzt bzw. die Ärztin therapierelevante Informationen an die Wohnheimmitarbeitenden weitergeben.

### Verantwortlichkeit

Verantwortlich für die Realisierung eines „Vier-Augen-Gesprächs“ zwischen Arzt bzw. Ärztin und Person mit geistiger Behinderung sind der Arzt oder die Ärztin sowie in der Gesprächsvorbereitung auch die Mitarbeitenden des Wohnheims.

## Rückmeldung zur Gabe von Bedarfsmedikation

### Bedeutung

Mit Hilfe der Dokumentation zur verabreichten Bedarfsmedikation kann sich die verschreibende Ärztin bzw. der Arzt rückversichern, inwieweit das Medikament nach der schriftlichen Handlungsanleitung, d.h. unter Berücksichtigung der definierten Bedingungen, festgelegten Dosis und Frequenz, verabreicht wurde. Sie erhält dadurch die Information, wie häufig ein Bedarf bestand sowie zur Wirkung und möglichen Nebenwirkungen der eingesetzten Bedarfsmedikation. Anschließend kann die Ärztin bzw. der Arzt Änderungen in der Medikation bzw. in der Handlungsanleitung vornehmen, z.B. falls sich herausgestellt hat, dass der Bedarf nach der aktuellen Handlungsanleitung nicht richtig eingeschätzt werden kann und konkreter definiert werden sollte.

### Umsetzung

Die Fachärztin definiert einen eindeutigen Bedarfsfall und legt diesen schriftlich fest. Die Mitarbeitenden geben das Medikament im Bedarfsfall nach der schriftlichen Anweisung des Arztes bzw. der Ärztin. Die Situation und die Gabe werden dokumentiert und bei der nächsten Visite der Fachärztin vorgelegt. Die Fachärztin fragt bei jeder Visite nach dem Grund und der Häufigkeit der Vergabe des Bedarfsmedikamentes.

### Verantwortlichkeit

Die die Visite vorbereitende und begleitende Person entnimmt die relevanten Informationen zur Bedarfsmedikationsgabe der Dokumentation und legt sie im Rahmen der Visite vor. Bei Bedarf können die Informationen vorab an den Arzt bzw. die Ärztin übermittelt werden.

## Videoaufnahmen zur Veranschaulichung von Verhaltensweisen

### Bedeutung

Eine Aufnahme von Videosequenzen (mit dem dafür erforderlichen Einverständnis) kann eine genauere Analyse von schwer zu beschreibenden Situationen sowie akuten Verhaltensänderungen der Person mit geistiger Behinderung möglich machen. Dies betrifft insbesondere diejenigen an der PPT beteiligten Personen, die den Personen mit geistiger Behinderung nur punktuell sehen, wie Ärzte bzw. Ärztinnen. Diese Aufnahmen können für die Visiten und für Fallgespräche genutzt bzw. vom Arzt bzw. der Ärztin erbeten werden, z.B. falls die Beschreibung der individuellen Ausdrucksformen den Mitarbeitenden nicht eindeutig möglich bzw. eine detailliertere Verhaltensanalyse erforderlich ist.

### Umsetzung

Um dem Arzt bzw. der Ärztin bestimmte Verhaltensänderungen bzw. -auffälligkeiten zu demonstrieren, wird das entsprechende Verhalten unter Achtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen auf Video aufgezeichnet und in der Visite gemeinsam besprochen. Vor der Aufzeichnung muss unbedingt die Einwilligung der betreffenden Person (ggf. der gesetzlichen Betreuung) eingeholt werden. Dafür eignet sich ein ruhiges Gespräch vorab (bevor Sie die Verhaltensweisen zeigen!) unter vier Augen, in dem Sinn und Zweck der zukünftigen Aufnahme erklärt wird. Die Aufnahme wird mithilfe eines lokalen Tablets oder Mobiltelefons ohne SIM-Karte aufgenommen und dort gespeichert. Die Aufnahmen können auch für Fallgespräche genutzt werden. Die Aufnahmen dürfen nur gezielt verwendet und müssen nach Verwendung (z.B. bei Visite oder Fallgespräch) sicher gelöscht werden.

### Verantwortlichkeit

Soweit die Einwilligung vorliegt, können die Mitarbeitenden die Videosequenz aufzeichnen.



## Förderung einer aktiven Teilnahme der Person mit geistiger Behinderung an Visite

### Bedeutung

Alle Schritte im Behandlungsverlauf sollten gemäß den Interessen und Bedürfnissen der Person mit geistiger Behinderung gestaltet werden. Dies kann dadurch gewährleistet werden, dass sie in der Visite anwesend ist und aktiv daran teilnimmt. Das direkte Ansprechen durch den Arzt oder die Ärztin kann zu einer vertrauensvollen Beziehung beitragen und es der Person mit geistiger Behinderung erleichtern, psychisches Befinden und körperliche Beschwerden in der Visite zu kommunizieren.

### Umsetzung

Die Anwesenheit der Person mit geistiger Behinderung bei der Visite ist selbstverständlich (mind. vierteljährlich). Während des Gesprächs mit dem Arzt oder der Ärztin wird die aktive Teilnahme gefördert (z.B. durch Augenkontakt, direktes Fragenstellen). Sollte dies nicht durch den Arzt oder die Ärztin initiiert werden, lenken begleitende Personen den Fokus auf die Person mit geistiger Behinderung und weisen darauf hin, dass der Arzt oder die Ärztin die Fragen direkt an die Person selbst richten kann, ggf. helfen die anwesenden Mitarbeitenden dem Arzt, in dem sie z.B. auf eine hilfreiche Strategie in der Kommunikation mit diesem Bewohner oder dieser Bewohnerin hinweisen.

### Verantwortlichkeit

Die aktive Teilnahme wird durch den Arzt oder die Ärztin sowie durch die Begleitperson in der Visite gefördert.

## Gespräch zwischen Mitarbeiter:in und Arzt oder Ärztin vor Visite

### Bedeutung

Ein Vorgespräch zwischen dem Arzt bzw. der Ärztin mit den Mitarbeitenden in der Visite ist **nur in besonderen Fällen** (siehe Beschreibung in der Umsetzung der Maßnahme) **einer leitliniengerechten und patientenzentrierten PPT förderlich**. In solchen Ausnahmefällen kann das Vorgespräch etwa dabei helfen, bestimmte, für den Patienten bzw. die Patientin belastende Nachfragen durch den Arzt oder die Ärztin zu vermeiden, insofern dieser bzw. diese vor der Visite durch den Mitarbeiter bzw. durch die Mitarbeiterin informiert wurde.

### Umsetzung

Falls im Sinne der Person mit geistiger Behinderung sinnvoll und zweckmäßig, kann die Visite zweigeteilt stattfinden. Dies kann der Fall sein, wenn die Ärztin oder der Arzt auf bestimmte, akute Problemlagen hingewiesen werden soll, um zu verhindern, dass die Person mit geistiger Behinderung z.B. durch ungeschicktes Fragen zu sehr belastet wird. In einem solchen Fall findet zunächst ein Vorgespräch zwischen dem Arzt bzw. der Ärztin mit der Begleitperson aus dem Wohnheim statt. Hier können relevante Informationen zur Person mit geistiger Behinderung übermittelt werden (z.B. heutige Stimmung, Ängste, belastende Gesprächsthemen). Es ist **nicht** Ziel dieses Vorgesprächs, dass Mitarbeitende ihre Bedürfnisse in der PPT zur Geltung bringen, sondern die optimale Vorbereitung der Visite im Sinne der Person mit geistiger Behinderung. Für das Gespräch ist vorab die Einwilligung der betreffenden Person einzuholen. Im zweiten Teil findet wie gewohnt das Gespräch zwischen der Person mit geistiger Behinderung und dem Arzt bzw. der Ärztin statt.

### Verantwortlichkeit

Das Vorabgespräch wird von der Begleitperson der Visite (z.B. Bezugsbetreuer:in) durchgeführt.

## Visiten-Checkliste für die Mitarbeitenden

### Bedeutung

Die Planung und Gestaltung der Visite verläuft unter Verwendung einer gemeinsam im Wohnheim abgestimmten Checkliste nach einem wiederkehrenden, allen Beteiligten bekannten Ablauf. Dadurch kann eine gezielte Vorbereitung auf die Visite und deren Inhalte erfolgen. Die Person mit geistiger Behinderung kann entsprechend ihrer Fähigkeiten in die Visitenvorbereitung einbezogen werden. Durch den wiederkehrenden Ablauf und die definierten Inhalte der Visite wird diese leichter nachvollziehbar für alle Beteiligten. Die Wahrscheinlichkeit sinkt, dass wesentliche therapierelevante Aspekte keine Beachtung finden oder vergessen werden.

### Umsetzung

Erstellen Sie eine Checkliste, die die Vor- und Nachbereitung der Visite unterstützt. Diese umfasst z.B. Anliegen der Person mit geistiger Behinderung (siehe auch [Maßnahme V4](#) „Visitenvorbereitung mit Person mit geistiger Behinderung“), vorab im Team besprochene Anliegen der Mitarbeitenden, behandlungsrelevante Aspekte (z.B. beobachtete Wirkungen und Nebenwirkungen, Veränderungen von Umweltfaktoren des Bewohners oder der Bewohnerin) und Anliegen an den Arzt oder die Ärztin (z.B. Erinnerung an Überprüfung der Indikationsstellung), organisatorische Aspekte (z.B. Bitte um Weiterleitung des Arztbriefes an die Hausärztin bzw. den Hausarzt, Vereinbarung eines Folgetermin) sowie mitzubringende Unterlagen (z.B. Medikamentenplan, Vorbereitungsbogen - siehe auch [Maßnahme V3](#) „Visitenvorbereitungsbogen zum Stand der PPT, Beobachtungen und Umweltfaktoren“) umfassen. Zusätzlich kann es Platz für Notizen und Weiteres geben. Die bei der Visite anwesende Begleitperson hakt die besprochenen Punkte während der Visite ab und notiert sich Besprochenes. Nach der Visite wird die ausgefüllte Checkliste allen Mitarbeitenden zugänglich gemacht, indem sie beispielsweise in der Dokumentation hinterlegt wird.

### Verantwortlichkeit

Die Checkliste wird gemeinsam im Team erstellt. Die bei der Visite anwesende Person ist für Vor- und Nachbereitung sowie Ausfüllen des Gesprächsleitfadens während der Visite zuständig.

## Nachbesprechung der Visite mit Person mit geistiger Behinderung

### **Bedeutung**

Eine Nachbesprechung der Visiteninhalte mit der Person mit geistiger Behinderung trägt dazu bei, dass sie ein besseres Verständnis für die einzelnen Schritte in der PPT entwickelt.

### **Umsetzung**

Nach der Visite klärt die Begleitperson offene Fragen und Unklarheiten bzgl. der PPT mit der Person mit geistiger Behinderung. Der Zeitpunkt und die Räumlichkeiten werden passend gewählt (z.B. im Bewohnerzimmer). Dabei sind eine ruhige Atmosphäre und der Fokus auf die Person wichtig.

### **Verantwortlichkeit**

Das Gespräch übernimmt die Begleitperson der Visite.

## 6.6 Wissen zur PPT vermitteln und verfügbar machen (W)

### Regelmäßige Schulung für Mitarbeitende zu Grundlagen der PPT

W1

#### Bedeutung

Mithilfe von regelmäßigen Schulungen werden den Mitarbeitenden die Grundlagen der PPT vermittelt. So erhalten neue Mitarbeitende aktuelles Wissen, während bereits länger Beschäftigte ihr Wissen auffrischen bzw. vertiefen. Das erworbene Wissen kann zu einer besseren Begleitung der PPT beitragen.

#### Umsetzung

Die Inhalte der Schulung sollten praxisrelevant sein, daher werden vor der Planung/Initiierung eines Angebots intern relevante Themen gesammelt. An den regelmäßigen Schulungen nehmen alle Fach- und Nicht-Fachkräfte teil, die im Kontakt mit Personen mit geistiger Behinderung sind. Mögliche Inhalte können sein: Biologische Grundlagen (Aufbau und Funktionsweise des Gehirns und Neurotransmitter), psychische Erkrankungen sowie häufig verwendete Psychopharmaka inkl. deren Indikation, Wirkungen und häufige Nebenwirkungen. Die Inhalte (z.B. Erkrankung, Symptome, Nebenwirkungen) können konkret an Praxisbeispielen erklärt werden. Schulungsunterlagen werden im Nachgang für alle zugänglich gemacht und beispielsweise in der Dokumentation hinterlegt. Die Schulung findet regelmäßig statt (z.B. 2-4-mal jährlich), dauert ein bis zwei Stunden und ist zeitlich an die Dienstpläne angepasst. Bei Bedarf kann eine Online-Teilnahme ermöglicht werden.

#### Verantwortlichkeit

Es wird im Team festgelegt, wer die Organisation und Planung der Schulung übernimmt (z.B. Bildungsreferentin, Fachdienst). Mögliche Vortragende können sein: Apotheker:in, Person aus der Fachklinik oder der betreuende Arzt bzw. die Ärztin.

#### Praxistipps



##### Schulung bei den Einführungstagen

Integrieren Sie die Schulung in die Einführungstage für neue Mitarbeitende. So sind bereits zu Arbeitsbeginn die Grundlagen der Psychopharmakotherapie bekannt.



##### Schulung als Erweiterung der Apothekenschulung

Erweitern Sie die jährlich stattfindende Apothekenschulung um Inhalte zur PPT.

## Regelmäßige Schulung für Mitarbeitende zur Gabe von Bedarfsmedikation

### Bedeutung

Bedarfsmedikation darf nur auf Basis der ärztlichen Handlungsanleitung verabreicht werden. Interessen und Bedürfnisse sowie subjektive Einstellungen zur PPT von Mitarbeitenden dürfen bei der Gabe keine Rolle spielen. Außerdem sollten sich Mitarbeitende bei der Gabe sicher fühlen. Durch die Schulung wird Mitarbeitenden ein grundlegendes Verständnis für die Bedarfsmedikation vermittelt, wodurch o.g. Unsicherheiten reduziert werden können. Durch den anschließenden Austausch können Mitarbeitende erleben, dass sie mit ihren Erfahrungen und ggf. auch Bedenken und Ängsten nicht allein sind.

### Umsetzung

Die regelmäßige Schulung (z.B. jährlich) vermittelt Inhalte zu den Grundlagen von Bedarfsmedikation. Die Inhalte können individuell gestaltet werden, z.B. „Was bedeutet es, wenn eine Person mit geistiger Behinderung eine Bedarfsmedikation erhält?“ oder „Ist eine Bedarfsmedikation überhaupt grundsätzlich notwendig?“. Ziel der Schulung ist es, zu vermitteln, dass die Bedarfsmedikation entsprechend der Handlungsanleitung zu geben ist und sich die Gabe dabei an den Bedürfnissen der betreffenden Person orientieren soll. Im Anschluss an die Wissensvermittlung können sich die Teilnehmenden bzgl. ihrer Erfahrungen zur Bedarfsgabe austauschen. An der Schulung sollten alle Mitarbeitenden teilnehmen, die für die Bedarfsgabe zuständig sind.

### Verantwortlichkeit

Die Schulung wird durch den Arzt bzw. die Ärztin geleitet. Die Planung und Organisation übernimmt eine leitende Person aus dem Wohnheim.

## Zusammenstellung von Informationsquellen zu PPT

### Bedeutung

Mithilfe unterschiedlicher Informationsquellen zur PPT können sich Mitarbeitende selbstständig zu den Grundlagen der PPT sowie zu relevanten Informationen für den Behandlungsverlauf (z.B. Nebenwirkungen, Laborparameter) informieren. Dieses Wissen kann die Mitarbeitenden darin unterstützen, die PPT im Interesse der Person mit geistiger Behinderung zu begleiten.

### Umsetzung

Quellen mit Informationen zu PPT werden recherchiert und allen Mitarbeitenden zugänglich gemacht, siehe Praxistipps unten.

### Verantwortlichkeit

siehe Praxistipps

### Praxistipps



#### Übersicht mit Internetquellen

Sammeln Sie auf einer für alle Mitarbeitende zugänglichen Liste Internetquellen für die Recherche zur PPT. Die Übersicht wird gemeinsam im Team erstellt; die Inhalte werden regelmäßig geprüft und ggf. aktualisiert.



#### Material aus relevanten Studiengängen

Machen Sie Kollegen bzw. Kolleginnen Studienmaterial zugänglich, wenn Mitarbeitende zusätzlich ein Studium in psychologisch/pädagogischen Fächern (z.B. Soziale Arbeit) absolvieren. Holen Sie vor der Verbreitung des Materials unbedingt das Einverständnis des Verfassers bzw. der Verfasserin ein.



#### Relevante Fachliteratur

Nutzen Sie relevante Fachliteratur als Nachschlagewerk sowie zum tieferen Einlesen in die Thematik. Fachbücher können beispielsweise über den Träger bestellt werden. Beispiele für hilfreiche Literatur sind:

- Psychopharmaka. Ratgeber für Patienten und Angehörige (2018) von Gerd Laux und Otto Dietmaier (ISBN: 3662555751)
- Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagoginnen (2013) von Christian Schanze (ISBN: 3608429514)



#### Druckversion der Roten Liste

Die Druckversion der Roten Liste wird Ärzten bzw. Ärztinnen kostenlos zur Verfügung gestellt. Eine Version können Mitarbeitende des Wohnheims bei dem Arzt bzw. der Ärztin anfragen und durch diese zu Verfügung gestellt bekommen.

## Selbsterstelltes Nachschlagewerk zu Psychopharmaka

### Bedeutung

Mithilfe eines selbsterstellten Nachschlagewerks können sich Mitarbeitende selbstständig zu relevanten Informationen einer PPT (z.B. Nebenwirkungen, Laborparameter) informieren. Durch die Konzentration auf praxisrelevante Informationen werden die Mitarbeitenden in ihrem Alltag und bei der Begleitung der PPT unterstützt.

### Umsetzung

Mitarbeitende erstellen unter Zuhilfenahme von Fachliteratur und mit Unterstützung von medizinischen Fachkraft (z.B. Apotheker:in, Arzt oder Ärztin) ein wohnheiminternes Nachschlagewerk zu Psychopharmaka. Dort sind die für das Wohnheim relevanten Informationen gängiger Psychopharmaka aufgelistet (z.B. Indikation, Wirkung, mögliche Nebenwirkungen, Notwendigkeit von medikamentenspezifischer Laborparameter). Mitarbeitende können es im Berufsalltag bei Unklarheiten oder zur Wissensvertiefung nutzen. Das Nachschlagewerk ist für alle Mitarbeiter zugänglich, beispielsweise als ausgedruckte Version im Büro oder als digitale Version abgespeichert in der Dokumentation. Das Nachschlagewerk wird nach einmaliger Erstellung regelmäßig überprüft und ggf. aktualisiert.

### Verantwortlichkeit

Die genaue Vorgehensweise und Verantwortlichkeiten werden im Team abgesprochen.



## Übersicht mit allgemeinen Informationen zu Nebenwirkungen

### Bedeutung

Im Rahmen einer PPT müssen Nebenwirkungen regelmäßig überprüft werden. Mitarbeitende können den Arzt oder die Ärztin dabei unterstützen, indem sie während der Alltagsbeobachtung der Personen mit geistiger Behinderung den Fokus auf die Beobachtung möglicher Medikamentennebenwirkungen setzen. Um dies bestmöglich in der Praxis umzusetzen, benötigen Mitarbeitende Wissen zu möglichen Nebenwirkungen. Dieses können sie auf unterschiedliche Wege erhalten.

Mithilfe der unterschiedlichen Übersichten zu möglichen Nebenwirkungen von Psychopharmaka können sich Mitarbeitende selbstständig zu alltagsrelevanten Fragestellungen für den Behandlungsverlauf informieren und die Personen mit geistiger Behinderung so bestmöglich in der PPT unterstützen.

### Umsetzung

Übersichten zu Nebenwirkungen einer PPT und wie sich diese im Alltag zeigen können (z.B. Schlafverhalten) werden selbstständig durch Mitarbeitende in Zusammenarbeit mit einer medizinischen Fachkraft erarbeitet. Diese Übersichten können unterschiedlich gestaltet werden, siehe Praxistipps unten. Alle unten genannten Praxistipps werden einmalig gemeinsam im Team erstellt und in regelmäßigen Abständen überprüft bzw. ggf. angepasst.

### Verantwortlichkeit

Es wird im Team festgelegt, wer die Vorbereitung und Erstellung der Übersichten übernimmt.

### Praxistipps



#### Ordner mit Beipackzettel

Sammeln Sie die Beipackzettel der verschriebenen Psychopharmaka in einem Ordner. Alternativ können Sie die Beipackzettel digital sammeln und abspeichern.



#### Farbliche Kennzeichnung der Intensität der Nebenwirkungen mithilfe einer Farbampel

Nutzen Sie Farben für die Kennzeichnung der Intensität von Nebenwirkungen: z.B. Grün/keine bis schwache Nebenwirkungen, Gelb/moderate Nebenwirkungen, Rot/starke Nebenwirkungen. Entsprechend farbige Punkte können z.B. auf Medikamentenschachteln geklebt oder in der Medikamentenübersicht genutzt werden. Bei der Einschätzung der Nebenwirkungen sollte fachlicher Rat (z.B. durch Apothekerin) hinzugezogen werden.



#### Poster mit häufigsten Psychopharmaka und deren Nebenwirkungen

Erstellen Sie ein Poster mit den in der Einrichtung am häufigsten genutzten Psychopharmaka und den jeweiligen möglichen Nebenwirkungen.

Hier kann ebenfalls die farbliche Einschätzung bzgl. der Intensität der Nebenwirkung (siehe oben) genutzt werden. Das Poster ist für alle Mitarbeitenden leicht zugänglich, z.B. Büro. Die Inhalte des Posters sollten durch eine medizinische Fachkraft (z.B. durch Apothekerin) überprüft werden.

## Kurze Vorträge zu Aspekten der PPT durch Mitarbeitende für Kollegen und Kolleginnen

### Bedeutung

Fachwissen zur PPT bei Personen mit geistiger Behinderung unterstützt die Mitarbeitenden bei der Begleitung der jeweiligen Person bei der PPT, dem Erkennen möglicher medikamentenbedingter Nebenwirkungen und im Verständnis ihres eigenen Handelns im Rahmen der PPT. Wenn die Mitarbeitenden die Vorträge übernehmen, fördert dies nicht nur die aktive Aneignung von Fachwissen, sondern auch den kollegialen Austausch. Durch die kurzen Vorträge wird v.a. praxisrelevantes und aktuelles Wissen zur PPT an die Mitarbeitenden vermittelt, das im Alltag Anwendung finden kann.

### Umsetzung

Im Team wird Fachwissen zu PPT in Kurzvorträgen (5-10 min) durch eine wohnheiminterne Fachkraft oder ggf. Auszubildende präsentiert. Die Inhalte sind praxisrelevant und aktuell (z.B. Nebenwirkungen eines bestimmten Psychopharmakons). Die Inhalte können im Nachgang inkl. weiterführender Informationen verschriftlicht und allen Mitarbeitenden zugänglich gemacht (z.B. per E-Mail an alle, hinterlegt in Dokumentation) werden.

### Verantwortlichkeit

Es wird im Team festgelegt, wer die Koordination von Terminen und Inhalten übernimmt.

### Praxistipp



#### Kurzvortrag in die Teamsitzung integrieren

Knüpfen Sie die Kurzvorträge an einen bereits bestehenden Teamaustausch an (z.B. nach der Teambesprechung).

## Kapitel 7

# **Darstellung ärztlicher Maßnahmen (A)**

## Erstvorstellung ohne Medikamentenverschreibung

### Bedeutung

Die Verordnung eines Psychopharmakons bedarf einer ausführlichen psychiatrischen Diagnostik, der Abklärung möglicher somatischer Erkrankungen und einer klaren Indikationsstellung. Eine genaue Analyse des auffälligen Verhaltens einer Person mit geistiger Behinderung dient dazu, eine psychopharmakologische Behandlung nicht vorschnell zu beginnen. Beobachtungsprotokolle, die nach dem ersten fachärztlichen Termin mit einer klaren Festlegung der Beobachtungsziele vorgenommen werden, können zu dem Verständnis der Ursachen für das gezeigte auffällige Verhalten der Person mit geistiger Behinderung beitragen und für die Indikationsstellung maßgeblich sein.

Die Informationen zu Aktivitäten/Tagesstruktur des Patienten können für therapierelevante Entscheidungshilfreich sein, wie zum Beispiel bei der Auswahl des individuell passenden Psychopharmakons.

### Umsetzung

Ziel der Erstvorstellung ist es, dass der Arzt oder die Ärztin alle relevanten Informationen für eine klare Indikationsstellung erhält; die Verschreibung eines Psychopharmakons geschieht hier (noch) nicht. Der Arzt oder die Ärztin führt eine Anamnese durch. Dabei informiert er sich auch über die Aktivitäten/Tagesstruktur des Bewohners oder der Bewohnerin sowie über alle bisher durchgeführten nicht-medikamentösen Maßnahmen (siehe Praxistipp zu [Maßnahme K10](#) „Übersicht zu individuellen nicht-psychopharmakologischen Bewältigungsstrategien“). Während dieses ersten Termins werden dem Bewohner oder der Bewohnerin erste Empfehlungen („Hausaufgaben“, z.B. Erhöhung der täglichen Flüssigkeitsaufnahme) mitgeteilt. Mit den Mitarbeitenden im Wohnheim werden Beobachtungsschwerpunkte festgelegt. Auf diese sollen Mitarbeitende ein besonderes Augenmerk bei der täglichen Beobachtung legen. Diese werden bis zum nächsten Visitertermin in einem Beobachtungsprotokoll erfasst und dem Arzt oder der Ärztin vorgelegt, ggf. wird das Beobachtungsprotokoll kurz vor dem zweiten Termin dem Arzt oder der Ärztin übermittelt.

### Verantwortlichkeit

Der Arzt oder die Ärztin ist für die Durchführung der Erstvorstellung und die Festlegung der Beobachtungsschwerpunkte zuständig.

### Praxistipp



#### Verwendung einer Checkliste zu nichtmedikamentösen Maßnahmen

Erstellen Sie eine Liste verschiedener nicht-medikamentöser Maßnahmen. Gehen Sie diese mit den Mitarbeitern des Wohnheims durch, um einen Überblick zu bekommen, welche nicht-medikamentösen Maßnahmen bereits im Wohnheim ausprobiert wurden bzw. aktuell angewendet werden.

Dank dieses Vorgehens sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass wichtige nicht-medikamentöse Maßnahmen übersehen werden, die vor dem Beginn einer psychopharmakologischen Therapie auf Ihre Wirkung überprüft werden sollten. Zusätzlich dient die Übersicht der Auswertung, welche Maßnahmen parallel zur psychopharmakologischen Therapie eingesetzt werden könnten.

## Anforderung und Auswertung früherer Gutachten und Diagnosen

### Bedeutung

Die Beachtung früherer Indikationsstellungen und Diagnosen sowie festgestellter Medikamentenunverträglichkeiten ermöglicht einen umfassenden, interdisziplinären Einblick in die Krankengeschichte des Patienten und ist maßgeblich für die Planung der aktuellen PPT.

### Umsetzung

Im Rahmen der Erstvorstellung fordert der Arzt oder die Ärztin die Informationen zur Krankengeschichte der Person mit geistiger Behinderung an. Sind die entsprechenden Unterlagen (z.B. Arztbriefe, Gutachten, Berichte von Krankenhausaufenthalten) nicht im Wohnheim hinterlegt, kann der gesetzliche Betreuer bzw. die gesetzliche Betreuerin angesprochen werden. Die angeforderten Gutachten und Diagnosen werden für die Therapieplanung von dem Arzt oder der Ärztin ausgewertet.

### Verantwortlichkeit

Der Arzt oder die Ärztin ist für die Anforderung der früheren Gutachten und Diagnosen zuständig.

## Abklärung möglicher organischer Ursachen für Verhaltensänderungen

### Bedeutung

Veränderte bzw. als auffällig wahrgenommene Verhaltensweisen der Person mit geistiger Behinderung können auch durch körperliche Erkrankungen oder Beschwerden verursacht sein. Daher bedarf es im Rahmen der Indikationsstellung und im Behandlungsverlauf neben einer psychiatrischen Diagnostik der Abklärung organischer Faktoren als möglichen Grund für das gezeigte Verhalten. Körperliche Beschwerden und Schmerzen können von Personen mit geistiger Behinderung teilweise nicht klar erkannt und kommuniziert werden und sind daher für das Umfeld oftmals schwerer als solche ersichtlich. Sie bedürfen deswegen einer besonders sorgfältigen und gezielten Betrachtung.

### Umsetzung

Vor der Erstverordnung eines Psychopharmakons, während der Visite sowie bei plötzlich auftretenden Veränderungen im gezeigten Verhalten der Person mit geistiger Behinderung erfolgt zunächst eine Abklärung möglicher organischer Ursachen dafür. Die als notwendig erachtete Diagnostik somatischer Ursachen wird durch die verantwortlichen Mitarbeitenden der Wohngruppe im Kontakt mit dem Arzt oder der Ärztin thematisiert. Die dafür notwendigen Untersuchungen werden durch diesen im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten selbst durchgeführt bzw. es erfolgt eine Überweisung an weitere ärztliche Kollegen und Kolleginnen. Für den diagnostischen Prozess stellt das Wohnheim Unterlagen zur bisherigen Krankheitsgeschichte (z.B. Arztbriefe) bereit und begleitet den Bewohner oder die Bewohnerin zu weiteren erforderlichen Arztterminen.

### Verantwortlichkeit

Die Mitarbeitenden des Wohnheims können die - aus ihrer Sicht erforderliche - Abklärung organischer Ursachen für das auffällige Verhalten der Person mit geistiger Behinderung gegenüber dem Arzt oder der Ärztin thematisieren und damit initiieren. Der Arzt oder die Ärztin ist verantwortlich für die Durchführung und Planung der relevanten Untersuchungen. Die Mitarbeitenden des Wohnheims unterstützen diesen Prozess durch die Übermittlung ihrer Beobachtungen im Wohnumfeld, die Bereitstellung benötigter Unterlagen (z.B. Arztbriefe, Beobachtungsprotokolle) sowie die Begleitung zu weiteren erforderlichen Arztterminen.



## Ausführliche Erstvorstellung mit Fokus auf das Kennenlernen der Person mit geistiger Behinderung

### Bedeutung

In der PPT von Personen mit geistiger Behinderung ist der Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung von großer Bedeutung. Nicht selten verfügt diese Patientengruppe über negative Vorerfahrungen mit Ärzten oder Ärztinnen, so dass ein Arztbesuch mit Angst einhergehen kann. Wird vor allem bei dem ersten Termin mehr Zeit eingeplant, erhält der Arzt bzw. die Ärztin die Möglichkeit, auf den Patienten behutsam zuzugehen, sich auf die Person einzustellen und sie persönlich kennenzulernen. Damit kann Vertrauen gewonnen und Ängste können abgebaut werden, so dass eine gute Basis für den gesamten weiteren Behandlungsverlauf geschaffen wird. Auf dieser Basis fällt es den Personen mit geistiger Behinderung leichter, ihre Interessen und Bedürfnisse sowie ihr psychisches Befinden und die körperlichen Beschwerden während der PPT zu kommunizieren. Diese Informationen können sowohl in die Diagnostik als auch in Entscheidungen während der gesamten PPT einfließen (z.B. bei der Auswahl/Anpassung der Medikation). Durch die Teilnahme der Wohnheimmitarbeitenden und Angehörigen werden diese in die PPT einbezogen und können die Person mit geistiger Behinderung im Behandlungsverlauf bestmöglich unterstützen.

### Umsetzung

Für die erstmalige Vorstellung eines Patienten bzw. einer Patientin mit geistiger Behinderung bei der Visite reserviert der Arzt oder die Ärztin nach Möglichkeit ausreichend Zeit (ca. eine Stunde). Neben der Person mit geistiger Behinderung nehmen am Gespräch nach Möglichkeit und dem Wunsch der Person entsprechend, Mitarbeitende, Angehörige sowie ggf. der gesetzliche Betreuer bzw. die Betreuerin teil. Der Fokus des Gesprächs liegt auf dem gegenseitigen Kennenlernen und dem Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung. Für den Gesprächsbeginn bietet sich ein lockerer Start ohne medizinische Fragen an (z.B. Frage nach Hobbys). Der Arzt oder die Ärztin richtet die Fragen direkt an die Person mit geistiger Behinderung. Signalisiert diese der Begleitperson, dass Sie für die Beantwortung der Frage ihre Hilfe benötigt, versucht diese Person den Patienten bzw. die Patientin zu unterstützen.

### Verantwortlichkeit

Der Arzt bzw. die Ärztin ist für die Durchführung der Erstvorstellung zuständig.

## Ärztliche Formulierung und Dokumentation von Zielvereinbarungen

### Bedeutung

Die Effektivität einer PPT sollte möglichst anhand möglichst objektiver und standardisierter Kriterien überprüfbar sein. Klar definierte Zielvereinbarungen können zu einer gezielten Überprüfung der Wirkung beitragen sowie wichtige Informationen für eine mögliche Dosisanpassung liefern. Die Kontinuität und Qualität der psychopharmakologischen Behandlung wird dadurch positiv beeinflusst.

### Umsetzung

Sowohl im Rahmen der Erstverordnung als auch im Behandlungsverlauf formuliert der Arzt oder die Ärztin in Absprache mit der Person mit geistiger Behinderung und den Mitarbeitenden Zielvereinbarungen für die nächste Visite. Die Ziele werden auf die individuelle Therapie der Person mit geistiger Behinderung abgestimmt und können gezielte Beobachtungen, Verhaltensänderungen oder niederschwellige therapeutische Maßnahmen beinhalten. Die Interessen und Bedürfnisse des Bewohners stehen im Mittelpunkt der formulierten Behandlungsziele.

Für das Erreichen der Ziele werden dem Patienten bzw. der Patientin konkrete „Hausaufgaben“ aufgetragen. Der Arzt oder die Ärztin erläutert diese (unter Berücksichtigung der kommunikativen Möglichkeiten der Person mit geistiger Behinderung) und schreibt sich konkrete Fragen zu den „Hausaufgaben“ für die nächste Visite auf. Die notierten Fragen werden am Anfang der nächsten Visite an die Person mit geistiger Behinderung gestellt.

Bei Bedarf werden konkrete Aufgaben für die Zeitspanne bis zur nächsten Visite auch den Mitarbeitenden des Wohnheims aufgetragen (z.B. gezielte Beobachtung von Schlafverhalten nach einer niederschweligen therapeutischen Maßnahme).

Die Zielvereinbarungen werden schriftlich festgehalten (z.B. im Medikamentenplan). Bei jeder folgenden Visite wird die Medikation in Bezug auf die Zielvereinbarungen überprüft und ggf. angepasst.

### Verantwortlichkeit

Der Arzt oder die Ärztin ist für die Überprüfung der Zielvereinbarungen im Behandlungsverlauf verantwortlich. Mitarbeitende des Wohnheims können ggf. an die Überprüfung erinnern.

### Praxistipp



#### Formulierung von Fragen für die nächste Visite

Notieren Sie sich während der Visite bereits Fragen, die Sie in der nächsten Visite besprechen möchten. Diese können sich beispielsweise auf die festgelegten Zielvereinbarungen und die Umsetzung der „Hausaufgaben“ beziehen. Die Fragen werden an den Patienten oder die Patientin und ggf. an die Mitarbeiterin bzw. den Mitarbeiter gerichtet.

## Bundeseinheitlicher Medikationsplan

### Bedeutung

Durch den Bundeseinheitlichen Medikationsplans (BMP) können alle Ärzte und Ärztinnen Informationen zur aktuellen Medikation einer Person mit geistiger Behinderung abrufen sowie neuverordnete und angepasste Medikationen darauf notieren. Im Rahmen von Neuverordnungen und Dosisanpassungen müssen mögliche Wechselwirkungen und Kontraindikationen zwingend berücksichtigt werden. Dies kann durch die Nutzung des BMP gewährleistet werden.

### Umsetzung

Der BMP enthält Informationen zur aktuellen Medikation eines Patienten bzw. einer Patientin (Handelsname, Wirkstoff, Dosierung, Darreichungsform und das Dosisschema). Ärztinnen bzw. Ärzte können diesen Medikationsplan erstellen und/oder mithilfe des 2D Barcodes den aktuellen Medikationsplan abrufen, speichern, ggf. neue Medikamente digital hinzufügen und den Plan anschließend für das Wohnheim ausdrucken. Zum Erstellen, Aktualisieren und Speichern müssen in den Verordnungssystemen des Arztes oder der Ärztin die technischen Gegebenheiten vorab geprüft werden. Das Einlesen des 2D Barcodes kann ein Handscanner erleichtern. Behandelte Personen haben Anspruch auf diesen BMP, wenn sie mindestens drei zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnete Arzneimittel gleichzeitig für mindestens 28 Tage einnehmen. Die behandelnden Personen können die Inhalte des Medikationsplans mit Hilfe einer geeigneten Software (z.B. App) einsehen. Das Wohnheim hat durch die Nutzung stets den aktuellen Medikationsplan vorliegen und kann diesen zu Visiten mitnehmen.

### Verantwortlichkeit

Die Ärztin bzw. der Arzt gibt den Medikamentenplan für das Wohnheim einmalig aus und aktualisiert diesen bei jeder Visite (auch durch weitere Ärzte und Ärztinnen möglich). Mitarbeitende können die Nutzung initiieren.

### Praxistipp



#### Weiterführende Informationen zum BMP

Weitere Informationen zum Bundeseinheitlichen Medikationsplan finden Sie hier:

<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/digitale-anwendungen/telematikinfrastruktur/medikationsplan>

<https://www.kbv.de/html/24910.php>

## Personenbezogene Übersicht zu Wirkungen und Nebenwirkungen einzelner Psychopharmaka

### Bedeutung

Das Wissen zu häufigen bzw. wichtigen Nebenwirkungen der verabreichten Medikamente hilft dabei, diese im Behandlungsverlauf gezielt zu beobachten. Die möglichen Nebenwirkungen der aktuell verabreichten Psychopharmaka werden für alle Mitarbeitenden zugänglich und übersichtlich zusammengestellt. Dadurch können auftretende Nebenwirkungen rechtzeitig erkannt und an die Ärztin bzw. den Arzt übermittelt werden. Auf Grundlage dieser Beobachtungen kann die Therapie angepasst werden.

### Umsetzung

Für alle Personen mit geistiger Behinderung, für die ein Psychopharmakon verordnet wird, erstellt die Ärztin bzw. der Arzt eine Übersicht mit den erwünschten (oder erwarteten) Wirkungen und möglichen Nebenwirkungen der jeweiligen Psychopharmaka. Dabei werden alle relevanten Nebenwirkungen, ggf. mit einem Beispiel („Die mögliche Nebenwirkung ... zeigt sich in der Praxis häufig wie folgt...“) sowie Einschätzungen ihrer Intensität, beschrieben. Die Informationen sollten verständlich sein. Die Übersichten werden einmalig erstellt, in der internen Dokumentation hinterlegt und in regelmäßigen Abständen und im Rahmen von Neuverordnungen überprüft und ggf. angepasst.

### Verantwortlichkeit

Die Ärztin bzw. der Arzt ist für die Erstellung zuständig. Mitarbeitende können die Erstellung anregen.

### Praxistipp



#### Erfassung von Nebenwirkungen im Medikationsplan

Medikamentenspezifische Nebenwirkungen werden direkt im Medikationsplan erfasst. Zum Beispiel im bundeseinheitlichen Medikationsplan in der Spalte „Hinweise“.

## Gemeinsame psychiatrische und allgemeinärztliche Visite

### Bedeutung

Im Rahmen einer gemeinsamen Visite mit einem Arzt oder einer Ärztin, die für allgemeinmedizinische Behandlung zuständig ist, können die therapielevanten Informationen/Parameter direkt und schnell weitergegeben und besprochen werden. Mögliche Wechselwirkungen zwischen einem Psychopharmakon und anderen Medikamenten werden kontrolliert. Der allgemeinmedizinische als auch der psychiatrische Blick, Erfahrungen und Bedenken zu Wirkungen und Nebenwirkungen der jeweiligen Medikamente können ausgetauscht und erforderliche Medikamentenanpassungen gemeinsam besprochen werden. Die Vermeidung der Polypharmazie bleibt durch die direkte Kooperation besser im Blickfeld.

### Umsetzung

In bestimmten zeitlichen Abständen (mind. 1 x im Jahr) werden Wohnheimvisiten mit psychiatrischer sowie hausärztlicher Beteiligung durchgeführt. Hier können ärztliche Blickweisen auf Wirkung und Nebenwirkung ausgetauscht sowie mögliche Wechselwirkungen und Polypharmazie besprochen werden.

### Verantwortlichkeit

Der Psychiater oder die Psychiaterin und der Hausarzt oder die Hausärztin sind verantwortlich für die Durchführung der gemeinsamen Visite. Mitarbeitende des Wohnheims können die gemeinsame Visite anregen und, falls gewünscht, deren Planung und Organisation übernehmen.

## Psychiatrische und allgemeinmedizinische Erhebung medikamentenspezifischer Laborparameter und EKG

### Bedeutung

Das regelmäßige Monitoring medikamentenspezifischer Laborparameter und des EKG ermöglichen ein frühzeitiges Erkennen abweichender Normalwerte und senken so die Gefahr, dass diese nicht erkannt werden und nachfolgend Organschäden entstehen können. Eine Veränderung bzw. Anpassung der PPT kann bei Bedarf erfolgen.

### Umsetzung

Der Psychiater oder die Psychiaterin stimmt sich regelmäßig (mindestens jährlich) mit dem Hausarzt oder Hausärztin bzgl. der Erhebung medikamentenspezifischer Laborparameter im Verlauf der Behandlung ab. Abgeklärt werden kann hierbei, wer die Überprüfung übernimmt, in welchem Turnus dies geschieht und auf welchen Weg die Ergebnisse an die jeweils andere Person übermittelt werden.

### Verantwortlichkeit

Art und Regelmäßigkeit des Austauschs stimmen die Beteiligten untereinander ab. Mitarbeitende des Wohnheims können ggf. an die Möglichkeit zur Abstimmung erinnern.

## Ärztliche Aufklärung der Wohnheimmitarbeitenden

### Bedeutung

Die ärztliche Aufklärung der Wohnheimmitarbeitenden zu den Inhalten der psychopharmakologischen Behandlung unterstützt diese in der Begleitung der Person mit geistiger Behinderung bei der Therapie, dem Erkennen möglicher medikamentenbedingter Nebenwirkungen und im Verständnis ihres eigenen Handelns im Rahmen der Behandlung. Zusätzlich erhalten sie dadurch die Möglichkeit, die ärztliche Therapieaufklärung für die nicht anwesenden Kollegen und Kolleginnen zu erläutern und bei Bedarf auch für Personen mit geistiger Behinderung mehrmals zu wiederholen.

### Umsetzung

Der Arzt oder die Ärztin informiert die Mitarbeitenden in der Visite über das Therapierational sowie erwartete Wirkungen und mögliche Nebenwirkungen der Medikation. Mitarbeitende haben die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Eine umfassende Aufklärung findet bei Erstvorstellung und jeder Änderung der PPT statt. Fragen und Unklarheiten können während des Behandlungsverlaufs jederzeit geklärt werden (siehe Maßnahme M1 „Realisierung einer niederschweligen Kontaktaufnahme zum Arzt oder zur Ärztin“). Aufgeklärte Mitarbeitende geben ihrerseits die Informationen an weitere Mitarbeitende und können bei Fragen seitens der Bewohner:innen weiterhelfen.

### Verantwortlichkeit

Der Arzt oder die Ärztin ist für die Durchführung der Aufklärung verantwortlich. Mitarbeitende des Wohnheims können ggf. eine Aufklärung aktiv einfordern.

## Ärztliche Gespräche mit Angehörigen

### Bedeutung

Im Rahmen von ärztlichen Gesprächen wird eine Möglichkeit zum Austausch zwischen den Angehörigen und dem für die PPT zuständigen Arzt bzw. der zuständigen Ärztin geschaffen. Angehörige können Fragen und Unklarheiten bzgl. der PPT klären, was zu einem besseren Verständnis des Therapierationals beitragen kann. Da Angehörige häufig engen Kontakt zur Person mit geistiger Behinderung und somit ein spezifisches Wissen über deren Interessen und Bedürfnisse haben, erhält der Arzt bzw. die Ärztin durch die Perspektive der Angehörigen die Möglichkeit, neben der eigenen Diagnostik, ein umfassendes, interdisziplinäres Bild zu erhalten und in die Therapiegestaltung zu integrieren.

### Umsetzung

Der Arzt oder die Ärztin bietet den Angehörigen regelmäßige Gespräche oder Gespräche bei Bedarf an. In dem Gespräch informiert er bzw. sie über die PPT, zudem können Fragen und Unklarheiten auf Seiten der Angehörigen geklärt werden. Falls interessierte Angehörige nicht die gesetzliche Vertretung für die Person mit geistiger Behinderung übernehmen, muss der Arzt oder die Ärztin vor dem Gespräch die Einwilligung der Person mit geistiger Behinderung bzw. deren gesetzlichen Vertretung einholen.

### Verantwortlichkeit

Der Arzt oder die Ärztin teilt den Angehörigen mit, zu welchen festgelegten Zeiten sie ihn bzw. sie außerhalb der Visiten kontaktieren/sprechen können.



## Fachärztlicher Austausch zur PPT bei Personen mit geistiger Behinderung

### Bedeutung

Der Einsatz von Psychopharmaka bei Personen mit geistiger Behinderung erfordert besondere Kenntnisse, weil dieser Personenkreis eine höhere Empfindlichkeit für Nebenwirkungen und oft ein gesteigertes Potential für Komplikationen aufweist (Seidel, 2011). Ein fallbezogener Austausch mit fachärztlichen Kollegen, die in anderen Wohnheimen Personen mit geistiger Behinderung psychopharmakologisch behandeln, bietet die Möglichkeit, eigene Erfahrungen, wie z.B. zum Einsatz von Medikamenten bei diesem Personenkreis, an die Kollegen weiterzugeben und bei Unsicherheiten die Empfehlungen/Erfahrungen der Kollegen einzuholen.

### Umsetzung

Der Arzt oder die Ärztin sucht nach Möglichkeiten, sich mit anderen Fachärzten oder Fachärztinnen auszutauschen. Hierfür bieten sich Fallbesprechungen an, die regelmäßig (z.B. 3-4 x im Jahr) digital, via Videokonferenz-Diensten mit Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, durchgeführt werden. In den Fallbesprechungen werden Erfahrungen/Empfehlungen bezüglich der Auswahl, Dosierung und Kombination der Psychopharmaka bei Personen mit geistiger Behinderung vorgestellt.

### Verantwortlichkeit

Der Austausch wird durch einen Arzt bzw. eine Ärztin initiiert. Weitere Schritte können unter den Interessierten anschließend besprochen werden.

# Literatur

1. AWMF (2021). S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. AWMF-Register Nr. 028-042 ([https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-042l\\_S2k\\_Intelligenzminderung\\_2021-09.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042l_S2k_Intelligenzminderung_2021-09.pdf))
2. Deb S, Kwok H, Bertelli M et al. (2009). International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *World Psychiatry* 8: 181-186 (dt. Übersetzung: Seidel M (2012). Problemverhalten bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Eine internationale Leitlinie zum Einsatz von Psychopharmaka. Materialien der DGSG, Band 26. <https://dgsgeb.de/downloads/materialien/Band24.pdf>)
3. Royal College of Psychiatrists (2016). Psychotropic drug prescribing for people with intellectual disability, mental health problems and/ or behaviours that challenge: practice guidelines. Royal College of Psychiatrists, London.
4. Trollor JN, Salomon C, Franklin C (2016). Prescribing psychotropic drugs to adults with an intellectual disability. *Australian Prescriber*, 39: 126–130.
5. Sappok, T., Burtcher R. & Grimmer A. (Hrsg.) (2021). Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit. Medizinische Aufklärungsbögen in leichter Sprache. Hogrefe Verlag, Bern.
6. Seidel, M. (2011). Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein kritischer Problemaufriss. Materialien der DGSG, Band 24.
7. Schützwohl, M. & Sappok, T. (2020). Psychische Gesundheit bei Personen mit Intelligenzminderung. *Der Nervenarzt*, 91(3), 271-281.
8. Seidel, M. (2012). Problemverhalten bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Eine internationale Leitlinie zum Einsatz von Psychopharmaka. Materialien der DGSG, Band 26.
9. Koch, A. & Dobrindt, J. (2020). Aufgaben und Kompetenzen in der Begleitung von Psychopharmakotherapie. Materialien der DGSG, Band 43, 34-48.

# Anhang

## Anhang A: Übersicht zur leitliniengerechten Psychopharmakotherapie bei Menschen mit GB <sup>Z.8</sup>

Grundsatz	Erläuterung
<b>Patientenzentriertheit der Verordnung und Behandlung</b>	Patientenzentriertheit in der Verordnung und Behandlung liegt vor, wenn den wohlverstandenen Bedürfnissen und Interessen der Person mit IM in vollem Umfang entsprochen wird und sie - soweit irgend möglich - über die empfohlenen Maßnahmen selbst entscheiden kann.
<b>Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen und Umfeld</b>	Die Angehörigen sollten, soweit die Person mit IM oder deren gesetzlicher Vertreter damit einverstanden sind, über die Behandlung mit einem Psychopharmakon, also zum Beispiel über die erwarteten Wirkungen und möglichen Nebenwirkungen, informiert werden; sie sollten ein Verständnis für das Therapierational haben und das Therapieziel nachvollziehen können. Ziel ist es, einerseits die Angehörigen in ihrem Verständnis sowie in ihrem eigenen Handeln zu unterstützen, andererseits soll dadurch die Qualität und Kontinuität der psychopharmakologischen Behandlung gefördert werden.
<b>Verordnung nach umfassender Diagnostik und bei entsprechender Indikationsstellung</b>	Ein Psychopharmakon ist nur nach ausführlicher psychiatrischer Diagnostik und vor dem Hintergrund einer klaren Indikationsstellung zu verordnen.
<b>Aufklärung und Einwilligung (Patient/ gesetzlicher Betreuer/ Bezugspersonen)</b>	<p>Die Person mit IM ist, soweit einwilligungsfähig, vor Beginn einer Behandlung mit Psychopharmaka umfassend über das Therapierational sowie die möglichen unerwünschten Nebenwirkungen und alternativen Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären.</p> <p>Falls die Person mit IM nicht einwilligungsfähig ist, ist sie trotzdem in geeigneter Form umfassend aufzuklären. Die Einwilligung ist über den gesetzlichen Vertreter einzuholen.</p>
<b>Implementierung einer „Start low, go slow“-Strategie</b>	Die Behandlung soll mit einer geringstmöglichen Dosierung beginnen und Erhöhungen der Dosierung nur langsam und mit geringen Dosissteigerungen erfolgen.
<b>Sicherstellung der Beachtung der Einnahmeverordnungen</b>	In der psychopharmakologischen Behandlung von Menschen mit IM muss ganz besonders sichergestellt sein, dass das Psychopharmakon entsprechend der ärztlichen Verordnung eingenommen wird.

<b>Berücksichtigung nicht- psychopharmakologischer Behandlungsoptionen</b>	Vor Beginn und im Verlauf einer psychopharmakologischen Behandlung ist in regelmäßigen Abständen zu prüfen, inwieweit die Verordnung und Implementierung nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen ergänzend oder alternativ zur psychopharmakologischen Behandlung sinnvoll erscheint.
<b>Vermeidung von Polypharmazie; Berücksichtigung möglicher Medikamenteninteraktionen</b>	Polypharmazie ist auch in der Behandlung von Menschen mit IM möglichst zu vermeiden. Die möglichen Wechselwirkungen zwischen einem Psychopharmakon und anderen Medikamenten sind im Rahmen jeder Verordnung zu berücksichtigen.
<b>Monitoring medikamentenspezifischer Laborparameter, EKG</b>	Die Behandlung mit einem Psychopharmakon beinhaltet in aller Regel ein bestimmtes Risikopotential, das entweder bereits klinisch identifiziert ist oder aber aufgrund bestimmter biopharmazeutischer bzw. präklinischer Erfahrungen wahrscheinlich ist, so dass ein Monitoring auf Organschäden erforderlich ist.
<b>Prüfung von Wirkungen und unerwünschten Nebenwirkungen</b>	Wirkungen und Nebenwirkungen einer psychopharmakologischen Behandlung sind regelhaft und möglichst anhand von objektiven Kriterien, z.B. mittels geeigneter standardisierter Erhebungsverfahren oder vorher definierter Zielverhaltensweisen, zu prüfen und zu dokumentieren. Das Zeitintervall bestimmt sich z.B. nach der bisherigen Dauer der Medikation. Im Rahmen einer Dauermedikation soll ein Abstand von 3 bis 6 Monaten nicht überschritten werden.
<b>Monitoring von Umweltfaktoren</b>	Umweltfaktoren können einen Einfluss auf die Aufrechterhaltung der psychopathologischen Symptomatik bzw. der Verhaltensstörungen haben. Veränderungen relevanter Umweltbedingungen sind daher regelhaft zu prüfen und zu dokumentieren
<b>Überprüfung der Indikationsstellung im Behandlungsverlauf</b>	Die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung mit einem Psychopharmakon ist regelmäßig, spätestens im Rahmen jeder Fortsetzungsverordnung, zu prüfen.
<b>Beachtung der strengen Anforderungen an einen „Off-Label“-Gebrauch von Psychopharmaka</b>	Ein „Off-Label“-Gebrauch von Psychopharmaka ist nicht per se negativ zu bewerten, er kann vielmehr im Gegenteil ein Hinweis darauf sein, dass die Behandlung qualitativ besonders hochwertig ist. Ein „Off-Label“-Gebrauch erfordert allerdings das Vorliegen einer begründeten empirischen Evidenz und eine besondere Aufklärung der beteiligten Personen und Dokumentation des „Off-Label“ Gebrauchs .

<b>Definition von Einnahmebedingungen für Bedarfsmedikation</b>	Die Behandlung mit einem Psychopharmakon als Bedarfsmedikation soll möglichst vermieden werden. Falls ein Psychopharmakon allerdings als Bedarfsmedikation eingesetzt wird, müssen Handlungsanleitungen in schriftlicher Form vorliegen, die sehr exakt festlegen, unter welchen Bedingungen, in welcher Dosis und welcher Frequenz das Medikament verabreicht werden soll. Die Dokumentation der Häufigkeit solcher Medikamenteneinnahmen muss vom behandelnden Arzt angeordnet werden.
---	--

## Anhang B: Empfehlungen für die Verbesserung der Begleitung einer Psychopharmakotherapie <sup>2</sup>

	Aufgaben der Ärzte	Aufgaben der Mitarbeiter
<b>Arztkontakte</b>	Der Arzt kommt zu regelmäßigen (z.B. einmal im Quartal) stattfindenden Arztbesuchen in die Wohnstätte	Jeder Bewohner wird dem Arzt vorgestellt, unabhängig davon, ob die Person in letzter Zeit Auffälligkeiten gezeigt hat oder nicht. Die Mitarbeiter dokumentieren den Arztbesuch.
<b>Diagnostik</b>	Der Arzt stützt sich auf multiple Informationsquellen zur Erfassung von bio-psycho-sozialen, sowie Umweltvariablen, führt körperliche Untersuchungen (inklusive Laborparameter) und anamnestische Erhebungen durch.	Die Mitarbeiter unterstützen den Arzt bei der Diagnostik, indem sie die zugrundeliegende Problematik ausführlich erläutern. Grundlage dafür ist eine Verhaltensdokumentation, erstellt vom gesamten Mitarbeiterteam. Die Mitarbeiter ermöglichen dem Arzt Zugang zu weiteren Informationen (z. B. zur Biografie des Bewohners oder Akten über frühere Behandlungen).
<b>Aufklärung und Einwilligung des Bewohners</b>	Der Arzt klärt den Bewohner dem Verständnis entsprechend und in Leichter Sprache auf. Die Einwilligung ist schriftlich dokumentiert.	Die Mitarbeiter wiederholen ggf. die Aufklärung des Arztes und unterstützen den Bewohner darin, die Behandlung bestmöglich zu verstehen.
<b>Aufklärung der Mitarbeiter im Wohnumfeld</b>	Sofern rechtlich dazu legitimiert, klärt der Arzt die Mitarbeiter in der Wohnstätte über die Verschreibung sowie Wirkungen und Nebenwirkungen der Psychopharmaka auf, eventuell auch im Rahmen von Fortbildungen.	Die Mitarbeiter haben ein Grundwissen über Psychopharmaka. Sie kommunizieren transparent alle relevanten Informationen und fordern ggf. eine ärztliche Aufklärung ein. Bei Unklarheiten oder Zweifeln wenden sie sich an den Arzt.
<b>Einnahmeverordnungen</b>	Der Arzt legt die Einnahmeverordnungen schriftlich fest, stellt sicher, dass die Verantwortlichen diese erhalten und erkundigt sich nach der Umsetzung.	Die Mitarbeiter vergeben die Medikamente gemäß den Anweisungen des Arztes. Die Vergabe wird dokumentiert. Bei Verwechslungen, akut auftretenden Nebenwirkungen oder Einnahmeverweigerungen wird der Arzt informiert.



<b>Medikamenteninteraktionen</b>	Der Arzt informiert sich über die gesamte Medikation und überprüft regelmäßig mögliche Interaktionen zwischen den verordneten Medikamenten.	Die Mitarbeiter informieren den Arzt über die aktuelle Medikation aus anderen medizinischen Fachbereichen.
<b>Nicht-medikamentöse Behandlungsoptionen</b>	Der Arzt stellt regelmäßig, vor allem zu Beginn, Überlegungen an, ob nichtmedikamentöse Therapien die psychopharmakologische Behandlung sinnvoll ergänzen könnten.	Die Mitarbeiter geben Hinweise, wenn sie der Meinung sind, dass nichtmedikamentöse Therapien hilfreich wären. Sie besprechen gemeinsam mit dem Arzt Nutzen, Angebot und Umsetzung.
<b>Wirkungen und Nebenwirkungen</b>	Der Arzt legt zu Beginn der Behandlung Zielverhaltensweisen fest. Wirkungen und Nebenwirkungen überprüft er anhand des klinischen Eindrucks, der Rückmeldung des Bewohners und der Informationen der Mitarbeiter.	Die Mitarbeiter beobachten den Bewohner anhand bestimmter vorher festgelegter Zielverhaltensweisen, dokumentieren diese Beobachtungen in einem Dokumentationsbogen und besprechen diese mit dem Arzt. Keine eigenständigen Dosisveränderungen!
<b>Umweltfaktoren des Bewohners</b>	Der Arzt informiert sich bei jedem Arztbesuch bei dem Bewohner und bei den Mitarbeitern über Veränderungen sowie körperliche Aspekte.	Die Mitarbeiter geben Auskunft Umweltveränderungen, körperliche Erkrankungen und was den Bewohner in letzter Zeit beschäftigt hat.
<b>Überprüfung der Indikationsstellung</b>	Der Arzt überprüft regelmäßig die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung auch auf Grundlage der Rückmeldung des Bewohners und Mitarbeiters. Ist die Indikation nicht mehr gegeben, wird gemeinsam über Absetzversuche nachgedacht z.B. im Rahmen von Fallkonferenzen.	Die Mitarbeiter dokumentieren das Verhalten des Bewohners und geben diese Informationen an den Arzt weiter. Das weitere Vorgehen wird gemeinsam z. B. in Fallkonferenzen besprochen.  Keine eigenständigen Absetzversuche!
<b>Bedarfsmedikation</b>	Der Arzt definiert einen eindeutigen Bedarfsfall und legt ihn schriftlich fest. Er informiert sich bei den Mitarbeitern über den Grund und die Häufigkeit der Vergabe bei jedem Arztkontakt.	Die Mitarbeiter geben die Psychopharmaka nur im Bedarfsfall. Es gibt eine verantwortliche Person, die darüber entscheidet. Die Situation und die Vergabe werden dokumentiert und bei der nächsten Arztvisite mit dem Arzt besprochen.

## Anhang C: Charakteristika der an der Maßnahmenentwicklung beteiligten Wohnheime

	Anzahl	Anteil (in%)
<b>Zielgruppen der Wohnheime (Mehrfachnennungen möglich)</b>		
Menschen mit schwerer und schwerster intellektueller Behinderung/ Mehrfachbehinderungen	16	73
Menschen mit leichter und mittelgradiger intellektueller Behinderung	13	59
Menschen mit intellektueller Behinderung und zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten bzw. chronischer psychischer Erkrankung	13	59
<b>Gesamtkapazität der Wohnheime</b>		
24-32 Bewohner:innen	6	29
33-48 Bewohner:innen	9	42
49-120 Bewohner:innen	6	29
<b>Ärztliches Versorgungsmodell</b>		
aufsuchend (d.h. der Arztkontakt findet in dem Wohnheim statt)	8	36
Komm-Struktur (d.h. der Arztkontakt findet in den Praxis- oder Klinikräumen statt)	4	18
gemischt, aufsuchend und Komm-Struktur	10	45
<b>Frequenz der Kontakte zu Ärzten und Ärztinnen, die für die PPT verantwortlich sind</b>		
mehrmals im Quartal	6	27
einmal im Quartal	11	50
einmal im halben Jahr	3	14
nach Bedarf	2	9
<b>Lage der Wohnheime</b>		
städtisch	13	59
ländlich	9	41

# Psychopharmakotherapie bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung

## Die Sicht von Betreuungspersonal aus stationären Wohneinrichtungen

Matthias Schützwohl, Dresden, Nicole Stasch, Lea Mayer, Günzburg, Indra Krönke, Annegret Reupert, Dresden, und Silvia Krumm, Günzburg

**Hintergrund:** Die Psychopharmakotherapie von Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung (IE) wird speziell mit Blick auf die Versorgung von in institutionalisierten Wohnformen lebenden Menschen mit IE kritisch bewertet. Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Bewertung der Qualität der Psychopharmakotherapie sowie die Identifizierung einrichtungsspezifischer Rahmenbedingungen und Faktoren, die das Ausmaß der Leitlinienadhärenz beeinflussen können. Zudem sollten aus der Versorgungspraxis heraus Anregungen zur Verbesserung der Psychopharmakotherapie erhoben werden. **Methoden:** Mitarbeiter von Wohnheimen für Menschen mit IE wurden im Rahmen einer anonymen Onlinebefragung mittels selbst entwickeltem Erhebungsbogen befragt.

**Ergebnisse:** Die Studienteilnehmer (n = 350) beurteilten die Qualität der Psychopharmakotherapie differenziert und zum Teil sehr kritisch. Es fand sich der Hinweis, dass die Leitlinienadhärenz vielfach bereits durch die Modifikation spezifischer Rahmenbedingungen verbessert werden kann. Ergänzend wurden folgende Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Psychopharmakotherapie genannt: Schließen bestehender Versorgungslücken, Verbesserung des Wissensstands, stärkere Patientenzentrierung und Einbezug des Umfelds, Gewährleistung einer umfassenden Diagnostik und regelhafter Kontrollen sowie kritischer Umgang mit Psychopharmaka und Einsatz von Alternativen bzw. Ergänzungen zu Psychopharmaka.

**Schlussfolgerung:** Die Psychopharmakotherapie von in institutionalisierten Wohnformen lebenden Menschen mit IE kann durch die Etablierung im Rahmen aufsuchender Arztvisiten stattfindender Fallkonferenzen verbessert werden. Es bedarf darüber hinaus aber umfassender struktureller Veränderungen, um die von den Studienteilnehmern identifizierten Versorgungslücken zu schließen.

**Schlüsselwörter:** Intellektuelle Entwicklungsstörung, Psychopharmakotherapie, Leitlinienadhärenz, Wohnbetreuung, Onlinebefragung

Psychopharmakotherapie 2022;29:96–105.



### Psychotropic medication in adults with intellectual disability. The view of caregivers from residential facilities

**Background:** Psychopharmacotherapy for adults with disorders of intellectual development (ID) is subject to criticism, particularly with regard to the treatment of individuals living in residential accommodation. The aim of the present study was to assess the quality of the psychotropic medication and to identify factors that may affect adherence to existing guidelines for prescribing these drugs to adults with ID. Moreover, suggestions for the improvement of psychotropic medication were to be gathered.

**Methods:** We interviewed staff of residential accommodation for adults with ID using an anonymous online survey based on a self-developed questionnaire.

**Results:** Study participants (n = 350) assessed the quality of psychopharmacotherapy differentially and in part very critically. An improvement of psychotropic prescription was indicated through the adjustment of specific parameters. In addition, the following suggestions for improvement of psychopharmacotherapy were mentioned: Closing of existing gaps in care, improvement of knowledge, stronger patient-centeredness and inclusion of the environment, guarantee of comprehensive diagnostics and regular controls as well as critical handling of psychopharmaceuticals and the use of alternatives or supplements to psychopharmaceuticals.

**Conclusion:** Psychopharmacotherapy of adults with ID living in residential accommodations might be improved by establishing case conferences during outreach visits. However, comprehensive structural changes are needed to close the gaps in care identified by the study participants.

**Key words:** intellectual developmental disorder, psychopharmacotherapy, guideline adherence, supported accommodation, online-survey

Prof. Dr. sc. hum. habil. Dipl.-Psych. Matthias Schützwohl, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden, E-Mail: matthias.schuetzwohl@ukdd.de

Nicole Stasch, Lea Mayer, Silvia Krumm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg

Indra Krönke, Annegret Reupert, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden



**A**ufgrund epidemiologischer Studien ist davon auszugehen, dass in Deutschland etwa 75 000 bis 300 000 Personen mit einer intellektuellen Entwicklungsstörung (IE) unter einer psychischen Störung leiden und etwa 300 000 bis 1,25 Millionen Personen mit einer IE Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die einen psychiatrischen oder/und psychotherapeutischen Versorgungsbedarf implizieren [2, 22]. Psychopharmaka sind auch bei Menschen mit IE ein wesentlicher Bestandteil einer in der Regel multimodalen Behandlung, sollten allerdings nur bei eindeutiger Indikation sowie unter Beachtung publizierter Leitlinien verordnet werden [1, 8]. Im Ergebnis vorliegender Studien muss konstatiert werden, dass dieser Grundsatz international (z. B. [10, 25, 29]) und in Deutschland vor allem in der Behandlung von Personen mit IE, die in institutionalisierten Wohnformen leben, nicht ausreichend berücksichtigt wird [24]. Ein Trend zu einer höheren Leitlinienadhärenz lässt sich in der Literatur nicht erkennen [5, 7, 9]. Es muss daher von einer fortbestehenden gravierenden Fehlversorgung mit potenziellen Risiken für die Gesundheit und die Lebensqualität von Personen mit IE [13] sowie erhöhten Folgekosten [17] ausgegangen werden. Mängel in der Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren gelten als ein zentrales Hindernis einer rationalen Psychopharmakotherapie [9].

Die Zielstellungen existierender Leitlinien zur Psychopharmakotherapie bei Personen mit IE [1, 3, 19, 28] sind umfassend. Es liegen vor allem Empfehlungen zur Abklärung der Indikationsstellung sowie zum Monitoring vor. Es soll beispielsweise sichergestellt werden, dass Psychopharmaka nur nach umfassender Diagnostik verordnet werden, die Indikationsstellung im Verlauf regelhaft überprüft wird und Dosisreduktionen regelhaft in Erwägung gezogen werden. Die im Rahmen einer Verordnung notwendigen körperlichen, apparativen und laborchemischen Untersuchungen sind regelmäßig in erforderlichen Abständen durchzuführen. Es ist zudem sicherzustellen, dass die Einnahmевorschriften beachtet und Wirkungen und Nebenwirkungen möglichst standardisiert erhoben werden. Die Verordnung und Behandlung soll patientenzentriert erfolgen und damit vor allem den wohlverstandenen Bedürfnissen und Interessen der Patienten entsprechen. In ihrer Gesamtheit zielen die Leitlinien darauf ab, die Versorgung möglichst bedarfsgerecht, patientenorientiert und letztlich auch möglichst wirtschaftlich zu gestalten [23].

Die Umsetzung von Leitlinienempfehlungen gelingt in der Versorgungspraxis allerdings nicht durch deren Publikation. Um die Versorgung tatsächlich in der angestrebten Art zu verbessern, müssen vielmehr Barrieren einer leitliniengerechten Versorgungspraxis identifiziert und gezielt überwunden werden [11]. Vor diesem Hintergrund haben wir Mitarbeiter von Wohnheimen für Menschen mit IE gebeten, die Qualität der Psychopharmakotherapie der von ihnen betreuten Klienten zu bewerten. Ziel dieser Befragung war es, Rahmenbedingungen

der Versorgung zu identifizieren, die im Zusammenhang mit den subjektiven Qualitätsbeurteilungen stehen und damit vermeintlich die Qualität der Psychopharmakotherapie beeinflussen. Um ergänzend hierzu aus der Versorgungspraxis heraus Anregungen zur Verbesserung der Psychopharmakotherapie bei Menschen mit IE zu erhalten, haben wir die Studienteilnehmer diesbezüglich befragt.

## Methode

### Datenerhebung

Mitarbeiter von Wohnheimen für Menschen mit einer IE wurden mit einem selbst entwickelten und im Ergebnis von Pilotierungen mehrmals revidierten Fragebogen befragt. Dieser erfasste in einem ersten Teil Informationen über die Studienteilnehmer und die zugehörigen Einrichtungen. In einem zweiten Teil wurden Einstellungen und Meinungen zur Psychopharmakotherapie bei Menschen mit IE im Allgemeinen sowie Beurteilungen zur Qualität der Praxis der Psychopharmakotherapie bei in der eigenen Wohneinrichtung lebenden Menschen mit IE erhoben. Die zu beurteilenden Qualitätskriterien korrespondieren mit Handlungsempfehlungen, die sich aus existierenden Leitlinien zum Einsatz von Psychopharmaka bei Menschen mit IE ergeben [23]. Die quantitativen Beurteilungen erfolgten entsprechend der Schulnoten jeweils auf einer Skala von 1 = „sehr gut“ bis 6 = „mangelhaft“. Es gab zudem die Möglichkeit, „nicht beurteilbar“ anzugeben. Die gültigen Beurteilungen über die 20 Qualitätskriterien wurden zu einem Summenwert zusammengefasst. Die Reliabilität dieser Skala ist bei einer internen Konsistenz von Cronbachs  $\alpha = 0,941$  als sehr gut zu bewerten.

Anregungen zu Möglichkeiten, die Psychopharmakotherapie bei Menschen mit IE einerseits im Allgemeinen, andererseits speziell in der eigenen Wohneinrichtung zu verbessern, wurden mit zwei offenen Fragen erhoben.

### Rekrutierung der Studienteilnehmer

Anhand intensiver Internetrecherchen wurden 1530 E-Mail-Adressen von 2471 deutschlandweit identifizierten stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit IE ermittelt, über die die potenziellen Studienteilnehmer zu einer anonymen Online-Befragung mittels SoSci-Survey eingeladen wurden. Im Ergebnis lagen 350 Fragebogen vor, bei denen Angaben zu mindestens einem interessierenden Qualitätskriterium gemacht wurden. Dies entspricht einem Rücklauf von 22,9%. Charakteristika der Studienteilnehmer und der beteiligten Wohneinrichtungen sind Tabelle 1 zu entnehmen.

### Datenauswertung

Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte deskriptiv über Häufigkeitsauszählungen. Mittelwertdifferenzen wurden mittels t-Test oder varianzanalytisch mit Tukey-Post-hoc-Test auf Signifikanz geprüft.



Die Antworten auf die offenen Fragen wurden mittels qualitativer, inhaltlich-strukturierender Inhaltsanalyse nach Kuckartz [16] ausgewertet. In einer ersten Materialsichtung fand sich kein systematischer Unterschied in den Antworten auf die beiden offenen Teilfragen zu allgemeinen und wohneinrichtungsspezifischen Verbesserungsvorschlägen, weshalb die weitere Entwicklung des Kategoriensystems zusammenfassend für beide Teilfragen erfolgte. Zunächst wurden deduktive Kategorien basierend auf den Qualitätskriterien zum Einsatz von Psychopharmaka bei Menschen mit IE [23] erstellt. Im weiteren Schritt wurden aus den Antworttexten die induktiven Kategorien entwickelt. Deduktive und induktive Kategorien wurden anschließend schrittweise zusammengefasst, modifiziert und sukzessive zu einem Kategoriensystem strukturierend zusammengefasst. Zwei Teams, bestehend aus jeweils zwei Mitautorinnen (LM und NSt, AR und IK), kodierten zunächst unabhängig voneinander alle Antworten entsprechend deduktiver und induktiver Kategorien. Anschließend wurde das Kategoriensystem im Rahmen mehrerer Auswertungstreffen verglichen und nicht übereinstimmende Kategorien so lange diskutiert, bis eine Übereinstimmung erreicht wurde (konsensuelle Validierung). Das finale Kategoriensystem wurde abschließend von den beiden Teams unabhängig angewendet. Die Prüfung der Kohärenz innerhalb der Kategorien ergab eine Inter-coder-Übereinstimmung von  $\kappa = 0,75$ . Alle Analysen wurden mithilfe von MAXQDA (Version 2020) durchgeführt.

## Ergebnisse

### Einstellungen zur Psychopharmakotherapie

Auf einer 6-stufigen Skala von „sehr kritisch“ bis „sehr positiv“ gaben 198 Studienteilnehmer an, im Allgemeinen „sehr kritisch“ (n=3), „kritisch“ (n=48) oder „eher kritisch“ (n=142) zu Psychopharmaka zu stehen; demgegenüber stehen 152 Studienteilnehmer, die angaben, „eher positiv“ (n=114), „positiv“ (n=35) oder „sehr positiv“ (n=3) eingestellt zu sein. Fast drei Viertel der Befragten (n=261, 74,6%) waren der Ansicht, dass sich die Praxis der Psychopharmakotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung von der Praxis der Psychopharmakotherapie von nicht geistig behinderten Menschen unterscheidet.

Tab. 1. Stichprobendesktop

Parameter und Ausprägung	n	(%)
<b>Charakteristika der Studienteilnehmer</b>		
Region	Ostdeutschland (inkl. Berlin)	110 (31,4)
	Westdeutschland	240 (68,6)
Alter [Jahre]	Jünger als 30	21 (6,0)
	Zwischen 30 und 40	97 (27,7)
	Zwischen 40 und 50	96 (27,4)
	Älter als 50	136 (38,9)
Geschlecht	Männlich	148 (42,3)
	Weiblich	202 (57,7)
Höchster Schulabschluss	10. Klasse	85 (24,3)
	Erweiterte Oberschule, Gymnasium	209 (59,7)
	Sonstiger Abschluss	56 (16,0)
Berufsausbildung	Fachausbildung	109 (31,1)
	Fachhochschulabschluss	156 (44,6)
	Hochschulabschluss	72 (20,6)
	Kein Abschluss, anderer Abschluss	13 (3,7)
Aktueller Beruf	Bezugsbetreuer	36 (10,3)
	Wohnbereichsleiter	85 (24,3)
	Wohnstättenleiter	163 (46,6)
	Anderer	66 (18,8)
Abschluss als Heilerziehungspfleger	Ja	129 (63,1)
	Nein	221 (63,1)
Abschluss als Heilpädagoge	Ja	25 (7,1)
	Nein	325 (92,9)
Abschluss als Sonderpädagoge	Ja	56 (16,0)
	Nein	294 (84,0)
Berufserfahrung insgesamt	Weniger als 5 Jahre	47 (13,4)
	Zwischen 6 und 10 Jahren	70 (20,0)
	Seit mehr als 11 Jahren	233 (66,6)

(Fortsetzung s. folgende Seite)

### Qualitätsbeurteilungen

Die Qualität der Psychopharmakotherapie in der eigenen Wohneinrichtung beurteilten die Studienteilnehmer mit Blick auf die unterschiedlichen Qualitätskriterien sehr differenziert (Tab. 2). Im Durchschnitt die besten Bewertungen gab es bezogen auf den Grundsatz, dass sichergestellt wird, dass die Einnahmeverordnungen eingehalten werden (M [Mittelwert] = 1,56; SD [Standardabweichung] = 0,7). Mit „gut“ bewerteten die Studienteilnehmer darüber hinaus nur noch die Praxis der Verordnung von Bedarfsmedikation, in deren Rahmen Dosis und Tageshöchstdosis (M = 1,92; SD = 1,0) und zeitlicher Mindestabstand zwischen zwei Gaben (M = 2,17; SD = 1,1) exakt festgelegt sein müssen und die Gaben zu dokumentieren sind (M = 2,10; SD = 1,2). Die schlechtesten Bewertungen wurden bezogen auf den Grundsatz abgegeben, dass die behandelten Personen mit IE bzw. deren Vertreter (M = 4,69; SD = 1,5) und die Mitarbeiter der Wohneinrichtungen (M = 4,42; SD = 1,7) über den Off-Label-Gebrauch von Psychopharmaka informiert werden. Mit „ausreichend“ bewerteten die Studienteilnehmer zudem den Grundsatz, dass vor Beginn und im Verlauf einer



Tab. 1. (Fortsetzung)

Parameter und Ausprägung		n	(%)
Berufserfahrung in aktueller Einrichtung	Weniger als 5 Jahre	95	(27,1)
	Zwischen 6 und 10 Jahren	75	(21,4)
	Seit mehr als 11 Jahren	180	(51,4)
Regelmäßige Teilnahme an fachärztlichen Visiten	Ja	205	(58,6)
	Nein	145	(41,4)
<b>Charakteristika der Wohneinrichtungen</b>			
Zielgruppen der Wohneinrichtungen <sup>1</sup>	Menschen mit leichter und mittelgradiger IE	243	(69,4)
	Menschen mit schwerer und schwerster IE	213	(60,9)
	Menschen mit IE und CPK <sup>2</sup>	51	(14,6)
	Menschen mit IE und Verhaltensauffälligkeiten	268	(76,6)
	Sonstige	33	(9,4)
Wohnbereich speziell für Bewohner mit herausforderndem Verhalten	Vorhanden	85	(24,3)
	Nicht vorhanden	265	(75,7)
Gesamtkapazität der Wohneinrichtung (n = 329)	Bis zu 24 Bewohner	67	(20,3)
	25 bis 48 Bewohner	103	(31,3)
	49 bis 120 Bewohner	103	(31,3)
	Mehr als 121 Bewohner	56	(17,0)
Modus der Tagesstrukturierung	Ausschließlich intern	45	(12,9)
	Ausschließlich extern	31	(8,9)
	Intern und extern	274	(78,3)
Kooperation mit Allgemeinärzten	Ja	237	(67,7)
	Nein	113	(32,3)
Häufigkeiten von Visiten von Allgemeinärzten	Häufiger als einmal im Quartal	146	(41,7)
	Einmal im Quartal	102	(29,1)
	Einmal im halben Jahr	19	(5,4)
	Seltener als einmal im halben Jahr	83	(23,7)
Kooperation mit Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie	Ja	227	(64,9)
	Nein	123	(35,1)
Häufigkeiten von Arztvisiten von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie	Häufiger als einmal im Quartal	81	(23,1)
	Einmal im Quartal	173	(49,4)
	Einmal im halben Jahr	28	(8,0)
	Seltener als einmal im halben Jahr	68	(19,4)
Modus der regulären Arztvisiten	Aufsuchend in der Wohneinrichtung	79	(22,6)
	In der Arztpraxis („Kommstruktur“)	114	(32,6)
	Sowohl aufsuchend als auch in der Arztpraxis	157	(44,9)
Anteil der psychopharmakologisch behandelten Bewohner	Weniger als 25 %	49	(14,0)
	25 % bis 50 %	157	(44,9)
	50 % bis 75 %	99	(28,3)
	Mehr als 75 %	45	(12,9)
Fallkonferenzen unabhängig v. d. regulären Visiten	Ja	99	(28,3)
	Nein	251	(71,7)
Regelmäßiger Kontakt zu spezialisierter stationärer akutpsychiatrischer Einrichtung	Ja	135	(38,6)
	Nein	215	(61,4)
Regelmäßiger Kontakt zu ambulanten Psychotherapeuten	Ja	107	(30,6)
	Nein	243	(69,4)

<sup>1</sup> Mehrfachantworten möglich

<sup>2</sup> CPK: Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung

psychopharmakologischen Behandlung die Möglichkeit nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen in Betracht gezogen ( $M=4,18$ ;  $SD=1,5$ ) und gegebenenfalls ein nicht-psychopharmakologisches Behandlungsangebot tatsächlich verordnet ( $M=4,43$ ;  $SD=1,5$ ) wird.

### Qualitätsbeurteilungen in Abhängigkeit von Stichproben- und Einrichtungsmerkmalen

Der Summenwert der Qualitätsbewertungen unterscheidet sich in Abhängigkeit von einzelnen Stichprobencharakteristika (Tab. 3): Die Praxis der Psychopharmakotherapie beurteilten die unter 30-jährigen Studienteilnehmer negativer ( $M=3,28$ ;  $SD=0,7$ ) als die über 50-jährigen ( $M=2,84$ ;  $SD=0,8$ ). In Übereinstimmung hiermit fand sich, dass Studienteilnehmer, die seit mehr als elf Jahren in ihrem Beruf tätig sind, die Psychopharmakotherapie besser ( $M=2,91$ ;  $SD=0,9$ ) bewerteten als diejenigen, die zwischen sechs und zehn Jahren Berufserfahrung aufweisen ( $M=3,40$ ;  $SD=0,7$ ). In ähnlicher Form bewerteten Studienteilnehmer, die seit mehr als elf Jahren in der eigenen Wohneinrichtung tätig sind, die Praxis der Psychotherapie besser ( $M=2,88$ ;  $SD=0,9$ ) als Studienteilnehmer, die in der eigenen Wohneinrichtung seit weniger als fünf Jahren ( $M=3,22$ ;  $SD=0,8$ ) bzw. seit sechs bis zehn Jahren ( $M=3,16$ ;  $SD=0,8$ ) tätig sind. Studienteilnehmer, die regelmäßig an ärztlichen Visiten mit einem Psychiater oder einem Neurologen teilnahmen, bewerteten die Praxis der Psychopharmakotherapie signifikant besser ( $M=2,90$ ;  $SD=0,9$ ) als Studienteilnehmer, die dies nicht von sich berichteten ( $M=3,22$ ;  $SD=0,7$ ).

Tabelle 4 zeigt, dass die Bewertungen zur Qualität der Praxis der Psychopharmakotherapie der Menschen mit IE von zahlreichen einrichtungsspezifischen Faktoren bestimmt sind. Es ergibt sich insgesamt das Bild, dass vor allem die Art der Kooperation mit den verschiedenen Facharztgruppen und der Modus

Tab. 2. Beurteilungen zur Qualität der Psychopharmakotherapie

Kriterium	1	2	3	4	5	6	-1	M (SD)
	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	ungenügend	nicht beurteilbar	
Sicherstellung der Beobachtung der Einnahmевorschriften	189 (54,0)	130 (37,1)	22 (6,3)	4 (1,1)	0 (0,0)	2 (0,6)	1 (0,3)	1,6 (0,7)
Information der Mitarbeiter über die Einnahmebedingungen für Bedarfsmedikation								
a) Dosis, Tageshöchstdosis	139 (39,7)	133 (38,8)	40 (11,4)	21 (6,0)	8 (2,3)	1 (0,3)	2 (0,6)	1,9 (1,0)
b) Mindestabstand	111 (31,7)	125 (35,7)	64 (18,3)	26 (7,4)	11 (3,1)	5 (1,4)	2 (0,6)	2,2 (1,1)
c) Dokumentation	120 (34,3)	131 (37,4)	49 (14,0)	20 (5,7)	18 (5,1)	3 (0,9)	3 (0,9)	2,1 (1,2)
Gewähr, dass Verordnung nach umfassender Diagnostik erfolgte	84 (24,0)	147 (42,0)	61 (17,4)	25 (7,1)	22 (6,3)	3 (0,9)	4 (1,1)	2,3 (1,2)
Monitoring arzneimittelspezifischer Laborparameter	62 (17,7)	126 (36,0)	82 (23,4)	36 (10,3)	26 (7,4)	9 (2,6)	5 (1,4)	2,6 (1,3)
Monitoring von Umweltfaktoren	34 (9,7)	113 (32,3)	93 (26,6)	44 (12,6)	48 (13,7)	11 (3,1)	3 (0,9)	2,8 (1,2)
Patientenzentriertheit der Verordnung und Behandlung	18 (5,1)	133 (38,0)	129 (36,9)	41 (11,7)	24 (6,9)	2 (0,6)	3 (0,9)	2,8 (1,0)
Berücksichtigung möglicher Arzneimittelinteraktionen	38 (10,9)	102 (29,1)	81 (23,1)	47 (13,4)	53 (15,1)	8 (2,3)	17 (4,9)	3,0 (1,3)
Monitoring von körperlichen Beschwerden	36 (10,3)	122 (34,9)	101 (28,9)	45 (12,9)	33 (9,4)	3 (0,9)	6 (1,7)	3,0 (1,3)
Überprüfung der Indikationsstellung im Behandlungsverlauf	45 (12,9)	100 (28,6)	87 (24,9)	52 (14,9)	49 (14,0)	10 (2,9)	3 (0,9)	3,0 (1,3)
Gewähr, dass Verordnung nur bei entspr. Indikationsstellung erfolgte	25 (7,1)	104 (29,7)	111 (31,7)	33 (9,4)	50 (14,3)	14 (4,0)	9 (2,6)	3,1 (1,3)
Prüfung von Wirkungen und unerwünschten Nebenwirkungen	32 (9,1)	86 (24,6)	94 (26,9)	54 (15,4)	64 (18,3)	9 (2,6)	7 (2,0)	3,2 (1,3)
Einbeziehung und Unterstützung von Angehörigen und Umfeld								
a) Über Ziele der Behandlung	45 (12,9)	151 (43,1)	66 (18,9)	49 (14,0)	23 (6,6)	10 (2,9)	5 (1,4)	2,7 (1,2)
b) Über Wirkungen und Nebenwirkungen	19 (5,4)	79 (22,6)	85 (24,3)	64 (18,3)	74 (21,1)	22 (6,3)	6 (1,7)	3,5 (1,4)
Aufklärung und Einwilligung	28 (8,0)	74 (21,1)	94 (26,9)	48 (13,7)	60 (17,1)	30 (8,6)	12 (3,4)	3,4 (1,4)
Berücksichtigung nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen								
a) In Betracht gezogen	8 (2,3)	45 (12,9)	61 (17,4)	49 (14,0)	86 (24,6)	74 (21,1)	23 (6,6)	4,2 (1,5)
b) Tatsächlich verordnet	6 (1,7)	41 (11,7)	52 (14,9)	35 (10,0)	81 (23,1)	105 (30,0)	26 (7,4)	4,4 (1,5)
Aufklärung über Off-Label-Gebrauch								
a) Mitarbeiter	20 (5,7)	34 (9,7)	28 (8,0)	22 (6,3)	67 (19,1)	101 (28,9)	72 (20,6)	4,4 (1,7)
b) Bewohner bzw. gesetzliche Vertreter	10 (2,9)	20 (5,7)	31 (8,9)	26 (7,4)	63 (18,0)	109 (31,1)	85 (24,3)	4,7 (1,5)

Anmerkung: Mittelwert (M) und Standardabweichung (SD) errechnen sich aus den gültigen Antworten. Die Kriterien sind aufsteigend nach dem Mittelwert sortiert

Kein Nachdruck, keine Veröffentlichung im Internet oder einem Intranet ohne Zustimmung des Verlags!

© Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart



Tab. 3. Qualitätsbeurteilungen in Abhängigkeit von Stichprobencharakteristika; **Fettdruck**: statistisch signifikant

Item	n	M	(SD)	t-, F-Wert	p <sub>(Kamwert)</sub>
Bundesland					
■ Ostdeutschland (inkl. Berlin)	110	3,08	(0,8)	t = 7,38	0,461
■ Westdeutschland	240	3,01	(0,9)		
Alter [Jahre]					
■ Jünger als 30	21	3,28	(0,7) <sup>a</sup>	F = 4,44	<b>0,004</b>
■ Zwischen 30 und 40	97	3,20	(0,8) <sup>a,b</sup>		
■ Zwischen 40 und 50	96	3,07	(0,8) <sup>a,b</sup>		
■ Älter als 50	136	2,84	(0,8) <sup>b</sup>		
Geschlecht					
■ Männlich	148	2,94	(0,8)	t = 1,86	0,061
■ Weiblich	202	3,10	(0,9)		
Höchster Schulabschluss					
■ 10. Klasse	85	3,04	(0,9)	t = 0,14	0,889
■ Erweiterte Oberschule, Gymnasium	209	3,06	(0,8)		
Berufsausbildung					
■ Fachausbildung	109	3,10	(0,8)	F = 0,73	0,481
■ Fachhochschulabschluss	156	3,04	(0,8)		
■ Hochschulabschluss	72	2,95	(0,8)		
Aktueller Beruf					
■ Bezugsbetreuer	36	3,17	(0,7)	F = 0,68	0,506
■ Wohnbereichsleiter	85	3,03	(0,8)		
■ Wohnstättenleiter	163	3,00	(0,8)		
Abschluss als Heilerziehungspfleger					
■ Ja	129	3,09	(0,8)	t = 0,96	0,338
■ Nein	221	3,00	(0,9)		
Abschluss als Heilpädagoge					
■ Ja	25	3,08	(1,0)	t = 0,31	0,754
■ Nein	325	3,03	(0,8)		
Abschluss als Sonderpädagoge					
■ Ja	56	2,82	(0,8) <sup>a</sup>	t = 2,06	<b>0,040</b>
■ Nein	294	3,07	(0,8) <sup>b</sup>		
Berufserfahrung, insgesamt					
■ Weniger als 5 Jahre	47	3,10	(0,7) <sup>a,b</sup>	F = 9,86	<b>0,000</b>
■ Zwischen 6 und 10 Jahren	70	3,40	(0,7) <sup>a</sup>		
■ Seit mehr als 11 Jahren	233	2,91	(0,9) <sup>b</sup>		
Berufserfahrung, in aktueller Einrichtung					
■ Weniger als 5 Jahre	95	3,22	(0,8) <sup>a</sup>	F = 4,19	<b>0,002</b>
■ Zwischen 6 und 10 Jahren	75	3,16	(0,8) <sup>a</sup>		
■ Seit mehr als 11 Jahren	180	2,88	(0,9) <sup>b</sup>		
Regelmäßige Teilnahme an fachärztlichen Visiten					
■ Ja	205	2,90	(0,9) <sup>a</sup>	t = 3,58	<b>0,000</b>
■ Nein	145	3,22	(0,7) <sup>b</sup>		

<sup>a,b</sup> Mittelwerte mit unterschiedlichen Hochindizes unterscheiden sich signifikant

der regulären Arztvisiten einen Einfluss auf die Qualitätsbeurteilungen haben. Ein besonders großer Mittelwertunterschied (Cohens  $d = 0,71$ ) findet sich in Abhängigkeit davon, ob in der Wohneinrichtung unabhängig von den regulären Visiten regelmäßig Fallkonferenzen zwischen den Mitarbeitern und den betreuenden Ärzten stattfinden ( $M = 2,60$ ;  $SD = 0,8$ ) oder nicht ( $M = 3,20$ ;  $SD = 0,9$ ). Die Gesamtbeurteilungen zur Qualität der Psychotherapie waren dabei unabhängig von der Gesamtkapazität der Wohneinrichtung.

### Problemfelder bei und Anregungen zur Verbesserung der Psychopharmakotherapie

Aus den Antworten auf die offenen Fragen zu Verbesserungsvorschlägen konnten fünf Oberkategorien zu Problemfeldern und darauf bezogenen Verbesserungsvorschlägen identifiziert werden: 1.) Schließen bestehender Versorgungslücken, 2.) Verbesserung von Wissensstand, 3.) stärkere Patientenzentrierung und Einbezug des Umfelds, 4.) Gewährleistung einer umfassenden Diagnostik und regelhafter Kontrollen



Tab. 4. Qualitätsbeurteilungen in Abhängigkeit von Einrichtungsmerkmalen; **Fettdruck:** statistisch signifikant

Item	n	M	(SD)	t-, F-Wert	P <sub>(Kennwert)</sub>
<b>Zielgruppen der Wohneinrichtungen<sup>1</sup></b>					
Menschen mit leichter und mittelgradiger IE					
■ Ja	243	3,13	(0,8) <sup>a</sup>	t = 3,31	<b>0,001</b>
■ Nein	107	2,81	(0,8) <sup>b</sup>		
Menschen mit schwerer und schwerster IE					
■ Ja	213	3,04	(0,8)	t = 0,18	0,859
■ Nein	137	3,02	(0,8)		
Menschen mit IE und CPK <sup>2</sup>					
■ Ja	51	3,04	(0,8)	t = 0,03	0,975
■ Nein	299	3,03	(0,9)		
Menschen mit IE und Verhaltensauffälligkeiten					
■ Ja	268	3,01	(0,9)	t = 1,06	0,291
■ Nein	82	3,12	(0,8)		
Wohnbereich speziell für Bewohner mit herausforderndem Verhalten					
■ Vorhanden	85	2,84	(0,9) <sup>a</sup>	t = 2,50	<b>0,013</b>
■ Nicht vorhanden	265	3,10	(0,8) <sup>b</sup>		
Gesamtkapazität der Wohneinrichtung (n = 329)					
■ Bis zu 24 Bewohner	67	3,15	(0,8)	F = 1,88	0,133
■ 25 bis 48 Bewohner	103	3,08	(0,8)		
■ 49 bis 120 Bewohner	103	2,95	(0,9)		
■ Mehr als 121 Bewohner	56	2,84	(0,9)		
Modus der Tagesstrukturierung					
■ Ausschließlich intern	45	3,14	(0,9)	F = 2,48	0,085
■ Ausschließlich extern	31	3,30	(0,7)		
■ Intern und extern	274	2,98	(0,8)		
Kooperation mit Allgemeinärzten					
■ Ja	237	2,94	(0,8) <sup>a</sup>	t = 3,16	<b>0,002</b>
■ Nein	112	3,24	(0,8) <sup>b</sup>		
Häufigkeiten von Visiten von Allgemeinärzten					
■ Häufiger als einmal im Quartal	146	2,91	(0,9)	F = 1,95	0,122
■ Einmal im Quartal	102	3,15	(0,8)		
■ Einmal im halben Jahr	19	3,01	(0,8)		
■ Seltener als einmal im halben Jahr	83	3,10	(0,8)		
Kooperation mit Fachärzten für PSY					
■ Ja	227	2,88	(0,8) <sup>a</sup>	t = 4,84	<b>0,000</b>
■ Nein	122	3,32	(0,8) <sup>b</sup>		
Häufigkeiten von Visiten von Fachärzten für PSY					
■ Häufiger als einmal im Quartal	81	2,79	(0,9) <sup>a</sup>	F = 2,91	<b>0,005</b>
■ Einmal im Quartal	173	3,03	(0,8) <sup>a,b</sup>		
■ Einmal im halben Jahr	28	3,17	(0,7) <sup>a,b</sup>		
■ Seltener als einmal im halben Jahr	68	3,25	(0,8) <sup>b</sup>		
Modus der regulären Arztvisiten					
■ Nachgehend, aufsuchend in der Wohneinrichtung	79	2,82	(0,8) <sup>a</sup>	F = 7,85	<b>0,000</b>
■ In der Arztpraxis („Kommstruktur“)	114	3,27	(0,8) <sup>b</sup>		
■ Sowohl in der Wohneinrichtung als auch in der Arztpraxis	157	2,97	(0,9) <sup>a</sup>		
Anteil der psychopharm. behandelten Bewohner					
■ Weniger als 25 %	49	2,95	(0,8)	F = 0,45	0,719
■ 25 % bis 50 %	157	3,08	(0,8)		
■ 50 % bis 75 %	99	2,99	(0,9)		
■ Mehr als 75 %	45	3,03	(0,9)		

(Fortsetzung s. folgende Seite)

Tab. 4. (Fortsetzung)

Item	n	M	(SD)	t-, F-Wert	$P_{(Anwert)}$
Fallkonferenzen unabhängig v. d. regulären Visiten					
■ Ja	99	2,60	(0,8) <sup>a</sup>	t = 6,33	0,000
■ Nein	251	3,20	(0,9) <sup>b</sup>		
Regelmäßiger Kontakt zu spezialisierter stationärer akutpsychiatrischer Einrichtung					
■ Ja	135	2,83	(0,8) <sup>a</sup>	t = 3,61	0,000
■ Nein	215	3,16	(0,8) <sup>b</sup>		
Regelmäßiger Kontakt zu ambulanten Psychotherapeuten					
■ Ja	107	2,77	(0,7) <sup>a</sup>	t = 3,97	0,000
■ Nein	243	3,15	(0,8) <sup>b</sup>		

<sup>1</sup> Mehrfachantworten möglich; <sup>2</sup> CPK: Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung;

<sup>a,b</sup> Mittelwerte mit unterschiedlichen Hochindizes unterscheiden sich signifikant; PSY: Psychiatrie und Psychotherapie

sowie 5.) kritischer Umgang mit Psychopharmaka und Einsatz von Alternativen bzw. Ergänzungen zur Psychopharmaka. Die skizzierten Problemfelder und die sich darauf jeweils beziehenden Anregungen sind in Abbildung 1 dargestellt.<sup>1</sup>

## Diskussion

### Stärken und Limitationen, Zusammenfassung

Im Rahmen unserer bundesweiten Befragung konnten 350 Mitarbeiter aus stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit IE befragt werden. Daten über die in den teilnehmenden Wohneinrichtungen verordneten Psychopharmaka liegen uns nicht vor; auch sind die Angaben zu den in den Wohneinrichtungen lebenden Menschen mit IE begrenzt. Die Erhebung hat keinen Anspruch auf Repräsentativität, bildet aber das Meinungsbild einer Vielzahl in diesem Versorgungsbereich tätiger Personen ab. Die qualitativen Auswertungen erfolgten systematisiert und nach höchstem methodischem Standard.

Die Studienteilnehmer urteilten sehr differenziert über die Qualität der in der eigenen Wohneinrichtung praktizierten Psychopharmakotherapie, wobei die jüngeren, über weniger Berufserfahrung verfügenden Studienteilnehmer im Durchschnitt ein kritisches Bild zeichneten als die älteren Studienteilnehmer mit längerer Berufserfahrung. Es muss offenbleiben, inwieweit die Angaben Ausdruck einer allgemeinen und grundlegenden Einstellung gegenüber Psychopharmaka sind und inwieweit die zum Teil auch sehr kritischen Äußerungen zu bestimmten Aspekten die Realität der erlebten Praxis widerspiegeln. Hierfür spricht, dass fast drei Viertel der Befragten vor dem Hintergrund ihrer Praxiserfahrung der Ansicht sind, dass sich die Praxis der Psychopharmakotherapie von Menschen mit geistiger Behinderung von der Praxis der Psychopharmakotherapie von nicht geistig behinderten Personen unterscheidet.

Die vorgelegten quantitativen Auswertungen deuten darauf hin, dass die Qualität der Psychopharmakotherapie vielfach bereits durch die Modifikation struktureller Rahmenbedingungen verbessert werden kann. Dies ergibt sich zum einen daraus, dass die Studienteilnehmer die Psychopharmakotherapie im Durchschnitt dann besser beurteilten, wenn sie regelmäßig an Fallkonferenzen teilnehmen konnten und wenn Fallkonferenzen unabhängig von regulären Arztvisiten stattfanden; zum anderen war die Qualität der Psychopharmakotherapie aus Sicht der Studienteilnehmer auch dann besser, wenn die Arztvisiten aufsuchend und damit in der Wohneinrichtung stattfanden und nicht im Rahmen einer „Kommstruktur“ ausschließlich in der Arztpraxis.

Die qualitativen Auswertungen zeigen, dass es aus Sicht der befragten Mitarbeiter einer Vielzahl weiterer Maßnahmen bedarf, um die Qualität der Psychopharmakotherapie der von ihnen betreuten Klienten zu optimieren. Hierzu zählen die Schließung der bestehenden stationären und ambulanten Versorgungslücken (u. a. mithilfe einer besseren finanziellen Vergütung aller Beteiligten), ein besseres Fachwissen bei Ärzten und Mitarbeitern der Wohneinrichtungen sowie die Fokussierung auf die Bedürfnisse und Interessen der Person mit IE. Ein „Trial-and-Error“-Vorgehen sei möglichst zu vermeiden, eine umfassende Diagnostik und regelhafte Kontrollen bei Einstellung und Dosisanpassung müssten gewährleistet werden. Unterstützt werden könne dies unter anderem durch eine verbesserte Zusammenarbeit aller an der Psychopharmakotherapie beteiligten Personen. Außerdem berichteten die Mitarbeiter von einem aus ihrer Sicht häufig unreflektierten Umgang mit Psychopharmaka und forderten die vermehrte Anwendung nicht-psychopharmakologischer Alternativen und Ergänzungen wie eine Psychotherapie. Nach Ansicht vieler Studienteilnehmer fehlt es hier jedoch an Psychotherapeuten, die sich auf die Behandlung von Personen mit IE und psychischer Störung spezialisiert haben.

<sup>1</sup> Das detaillierte Kategoriensystem inklusive der Häufigkeitsangaben und Ankerbeispielen ist vom korrespondierenden Autor erhältlich.



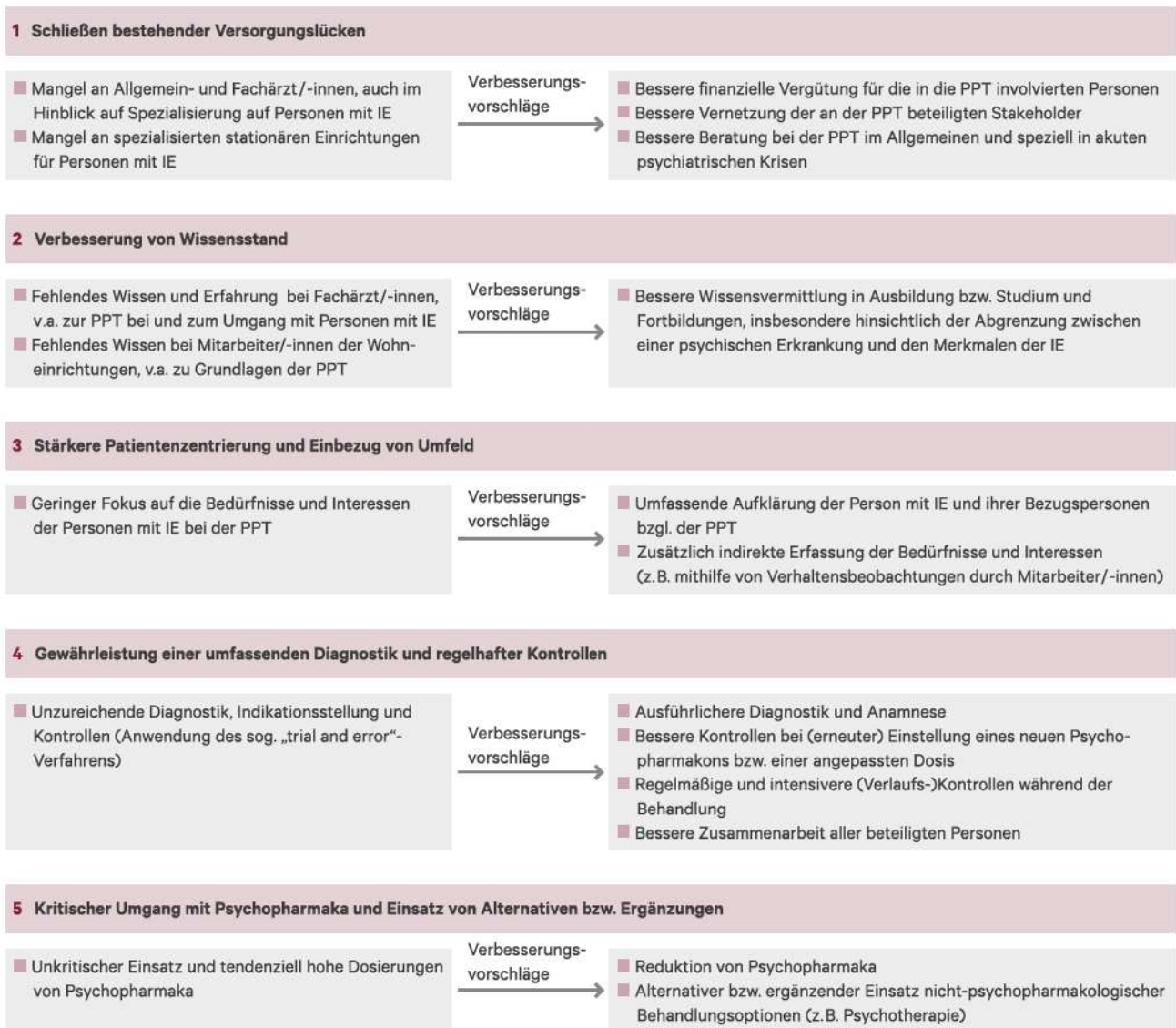


Abb. 1. Problemfelder (links) bei der und Verbesserungsvorschläge (rechts) für die Psychopharmakotherapie (PPT) bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung (IE) aus Sicht der Mitarbeiter

**Einordnung**

Die im Rahmen unserer Befragung ermittelten kritischen Beurteilungen zur Qualität der Psychopharmakotherapie stehen in guter Übereinstimmung mit nationalen und internationalen Befunden. Im Ergebnis empirischer Studien zur Psychopharmakotherapie von Menschen mit IE ist ein übermäßiger Off-Label-Gebrauch häufig festgestellt und vielfach kritisch bewertet worden (z.B. [14, 20, 26]). Übersichtsartikel zur Wirksamkeit nicht-psychopharmakologischer Behandlungsoptionen fanden kaum Studien hierzu und riefen daher zu verstärkter Forschung in diesem Bereich auf (z. B. [6, 15]). Die von unseren Studienteilnehmern vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der Psychopharmakotherapie von Menschen mit IE wurden in dieser oder ähnlicher Form bereits von unterschiedlichen Autorengruppen vorgeschlagen. Versorgungslücken im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie

wurden beispielsweise auch im Rahmen einer Befragung von Menschen mit IE, Angehörigen von Menschen mit IE sowie von Mitarbeitern von Eingliederungshilfeträgern aufgezeigt [27]. Die Forderung nach einer adäquaten Vergütung für den vermehrten Zeitaufwand für Kommunikation und Diagnose wird seit Langem aufgestellt (z. B. [4, 12, 18]). Ein verbessertes Konzept zur Aus-, Fort- und Weiterbildung wird ebenfalls seit einigen Jahren gefordert; Mau et al. [18] sowie die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) [4] weisen beispielsweise darauf hin, dass für die Versorgung von Menschen mit IE notwendiges Wissen „bereits im Studium in Teilen erworben und danach kontinuierlich vertieft werden“ muss. In ähnlicher Form wie die Teilnehmer unserer Studie fordern beispielsweise Sappok et al. [21] ein interdisziplinäres Denken und die Vernetzung allgemeiner und spezialisierter Angebotsformen. Die

Kein Nachdruck, keine Veröffentlichung im Internet oder einem Intranet ohne Zustimmung des Verlags!

© Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart



DGPPN schließlich fordert, auch das in Übereinstimmung mit befragten Studienteilnehmern, die Intensivierung und Qualifizierung der Forschung, vor allem der Versorgungsforschung sowie der Therapieforschung [25].

### Resümee

Die in dieser Arbeit erhobenen Qualitätsbeurteilungen deuten erneut daraufhin, dass Leitlinien zur Psychopharmakotherapie bei Menschen mit IE in zentralen Punkten nicht ausreichend umgesetzt werden und daher Anstrengungen unternommen werden sollten, die zu einer erhöhten Leitlinienadhärenz beitragen. Die diesbezüglichen Empfehlungen, die die in der Wohnbetreuung von Menschen mit IE tätigen Mitarbeiter gegeben haben, unterscheiden sich nicht wesentlich von Empfehlungen ärztlicher Experten und Fachgesellschaften. In der aktuellen Versorgungspraxis scheint auch vor diesem Hintergrund ein engerer Austausch der beteiligten Personen vielversprechend.

### Danksagung

Wir danken Dr. Irina Müller, Katlen Trautmann, Paula Moritz, Julia Dobrindt und Dr. Andrea Koch sowie allen Studienteilnehmern.

### Interessenkonflikterklärung

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

- AWMF (2021). S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. AWMF-Register Nr. 028–042. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-042\\_S2k\\_Intelligenzminderung\\_2021-09.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-042_S2k_Intelligenzminderung_2021-09.pdf) (Zugriff am 21.04.2022).
- Cooper S, Smiley E, Morrison J, Williamson A, et al. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry* 2017;190:27–35.
- Deb S, Kwok H, Bertelli M, Salvador-Carulla L, et al. International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *World Psychiatry* 2009;8:181–6.
- DGPPN. Positionspapier „Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven“, 2019.
- Engel C, Szrama E, Häföler F. Die psychopharmakologische Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung – Ein Vergleich der Jahre 1991 und 2005. *Psychiatr Prax* 2010;37:391–6.
- Hamers PCM, Festen DAM, Hermans H. Non-pharmacological interventions for adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2018;62:684–700.
- Häföler F, Buchmann J, Reis O. Psychopharmaka und Polypharmazie. Die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung. *Nervenheilkunde* 2005;24:811–8.
- Häföler F, Reis O, Weirich S. Psychopharmakotherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Intelligenzminderung und expansivem herausforderndem Verhalten. *Psychopharmakotherapie* 2019;26:315–21.
- Hennicke K. Psychopharmaka in Wohnstätten der Behindertenhilfe – Vermutungen über eine zunehmend unerträgliche Situation. In: Hennicke K (Hrsg.). *Psychopharmaka in der Behindertenhilfe – Fluch oder Segen? Materialien der DGSGB*. Band 17. Berlin: DGSGB, 2008.
- Hsu SW, Chiang YC, Chang YC, Lin JD, et al. Trends in the use of psychotropic drugs in people with intellectual disability in Taiwan: a nationwide outpatient service study, 1997–2007. *Res Dev Disabil* 2014;35:364–72.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Umsetzung von Leitlinien – hinderliche und förderliche Faktoren. IQWiG-Berichte Nr. 389, 2016.
- Klinkhammer G. Medizinische Versorgung von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. *Zeit zum Hinhören, Hinschauen und Mitfühlen*. *Dtsch Arztebl* 2009;106:A335–8.
- Koch A, Vogel A, Becker T, Salize HJ, et al. Proxy- and self-reported QoL in adults with intellectual disabilities: impact of psychiatric symptoms, problem behavior, psychotropic medication and unmet needs. *Res Dev Disabil* 2015; 45–46:136–46.
- Koch A, Dobrindt J, Schützwohl M. Prevalence of psychotropic medication and factors associated with antipsychotic treatment in adults with intellectual disabilities. A cross-sectional, epidemiological study in Germany. *JIDR* 2021;65:186–98.
- Koslowski N, Klein K, Kösters M, et al. Effectiveness of interventions for adults with mild to moderate intellectual disabilities and mental health problems: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2016;209: 469–74.
- Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. *Grundlagentexte Methoden*. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 2017.
- Lunsky Y, De Oliveira C, Wilton A, Wodchis W. High health care costs among adults with intellectual disabilities: a population-based study. *JIDR* 2019;63:124–37.
- Mau V, Grimmer A, Poppele G, Felchner A, et al. Geistig oder mehrfach behinderte Menschen. Bessere Versorgung möglich. *Dtsch Arztebl* 2015;47:A1980–4.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Psychotropic medicines in people with learning disabilities whose behaviour challenges*. London: NICE, 2017.
- Ramerman L. Off-label use of antipsychotic medication in people with intellectual disabilities: adherence to guidelines, long-term-effectiveness, and effects on quality of life. *Rijksuniversiteit Groningen*, 2019.
- Sappok T, Diefenbacher A, Winterholler M. Medizinische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. *Dtsch Arztebl Int* 2019;116:809–16.
- Schützwohl M, Koch A, Koslowski N, Puschner B, et al. Mental illness, problem behaviour, needs and service use in adults with intellectual disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51:767–76.
- Schützwohl M, Sappok T. CME Zertifizierte Fortbildung. Psychische Gesundheit bei Personen mit Intelligenzminderung. *Nervenarzt* 2020;91:271–81.
- Schützwohl M, Voss E, Stiawa M, Salize HJ, et al. Bedingungsfaktoren psychopharmakologischer Behandlung von Erwachsenen mit leichter oder mittelgradiger Intelligenzminderung. *Nervenarzt* 2017;88:1273–80.
- Sheehan R, Hassiotis A, Walters K, Osborn D, et al. Mental illness, challenging behavior, and psychotropic prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ* 2015;351:h4326.
- Sheehan R. Psychotropic prescribing in people with intellectual disability and challenging behaviour. *Aligning evidence, practice, and policy*. *BMJ* 2017;358:j3896.
- Steffen P, Blum K. Menschen mit geistiger Behinderung. Defizite in der Versorgung. *Dtsch Arztebl* 2012;109:A860–2.
- Trollor JN, Salomon C, Franklin C. Prescribing psychotropic drugs to adults with an intellectual disability. *Austr Prescr* 2016;39:126–30.
- Tsiouris JA, Kim SY, Brown WT, Pettinger J, et al. Prevalence of psychotropic drug use in adults with intellectual disability: Positive and negative findings from a large scale study. *J Autism Dev Disord* 2013;43:719–31.