

Wenn die Seele nicht mitkommt – psychologischer Hilfebedarf und Rehabilitation

Seminar B9 der Fachtagung „Diagnose, Therapie, Förderung 2000“ der Verbände katholischer Einrichtungen und Dienste für behinderte Menschen e.V., Deutscher Caritasverband, Karl Str. 40, Freiburg, 6.-9.11.2000

Verfasser: Ingo Kretschmer, geb. 1954; Dipl.-Psych.: 1981, Dr. phil.: 1983, Psychologe und Psychotherapeut in der Kinder- und Jugendhilfe (1983-87) und anschließend bis dato Mitarbeiter des Psychologischen Dienstes des Antoniushauses in Hochheim a. M. (Träger: Josefs-Gesellschaft e. V., Köln). Lehraufträge an der Fachhochschule Wiesbaden und der Universität Mainz; Ausbildungen in mehreren Therapieverfahren, Supervisor BDP.

Ziele des Seminars

Für die Entwicklung und Sicherung der strukturellen Bedingungen von psychologischen Hilfen in der Rehabilitationsarbeit bedarf es klarer Informationen und Positionen. Diese Anliegen bilden den roten Faden dieses Seminars.

Gut begründete **Positionen** für den psychologischen Hilfebedarf und für die psychologische Rehabilitation werden vertreten und diskutiert.

Fakten über Umfang und Inhalte des psychologischen Hilfebedarfes werden zusammengestellt.

Aufgaben und Kompetenzen für psychologische Rehabilitation werden konkretisiert, die in Leistungsvereinbarungen der Einrichtungen einfließen sollten.

Leitlinien für die Sicherung erfolgreicher psychologischer Eingliederungsarbeit werden formuliert.

1. Position: Rehabilitation erfordert in der Regel psychologische Hilfe. Die Vernachlässigung von psychologischem Hilfebedarf führt zu Fehlrehabilitationen.

Erfolgreiche Eingliederungen von Menschen mit Behinderungen in Schule, Ausbildung, Werktaätigkeit, Fördergruppe und Wohnen hängen davon ab, ob die betroffenen Menschen die damit verbundenen Alltags- und Lebensaufgaben psychisch bewältigen können. Meist müssen bei den Anforderungen in Kindergarten und Schule weitere, multiple Behinderungen erkannt und angenommen werden; meist müssen häufig wechselnde Bezugspersonen verkraftet werden; meist kommt es zu unerfüllbaren Lebenswünschen, scheiternden Lebensplänen und unlösbar erscheinenden Lebensproblemen; meist

bestehen besondere Anforderungen durch dauerhafte medizinische und rehabilitative Behandlungen, oft ist lebenslange Heimunterbringung zu bewältigen usw. usf.). Rehabilitationen, bei denen die Seele nicht mitkommt, sind meist teuer, wenig wirksam und wenig sinnvoll.

Fakten zum Umfang von psychischen Störungen und Verhaltensstörungen in der Rehabilitation

- Psychische Störungen und Verhaltensstörungen treten bei 7 – 15% aller Kinder und Jugendlichen in den ersten 18 Lebensjahren auf (Renschmidt, 1998, S.3).
- Bei körperbehinderten und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen ist diese Rate 2 – 3 Mal höher. Demnach haben zwischen 15 – 45% dieser Gruppe Störungen zu bewältigen, die für die Rehabilitation relevant sind (Noeker und Petermann, 1998, S. 522).
- Bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen liegt die Prävalenzrate beim 3 – 4fachen der Norm (Dilling 1999, S.254). Demnach haben 20 – 60% der intellektuell beeinträchtigten Menschen mit manifesten Störungen zu tun. Sander und Endermann (1997) weisen nach, daß 30% der geistig behinderten Menschen in helfenden Einrichtungen unter psychischen Störungen leiden, die dringend behandelt werden müssen.
- Kretschmer und Würkert (1999) begleiten 84 SonderschülerInnen mit Körper- und Mehrfachbehinderungen 10,5 Schuljahre lang. In dieser Zeit werden 30 Kinder zur Behandlung von Verhaltens- und psychischen Störungen dem Psychologischen Dienst gemeldet, das entspricht einer Rate von 35%.
- Kretschmer und Würkert (1999) verfolgen den Rehabilitationsweg von 40 BewohnerInnen mit mehrheitlich multiplen Behinderungen über die Stationen „Einschulung – Einstufung – Schulzeitende – meist Scheitern von Ausbildungsmöglichkeiten – Wohnplatzsuche - Heimgruppeneingliederung – Eingliederung in Werkstatt, ggf. Scheitern der Eingliederungsversuche - Eingliederung in Tagesfördergruppen, Bewältigung von Krisen der Hilfesysteme usw.. Die dokumentierten Rehabilitationsverläufe variieren zwischen 16 und 52 Jahren. In dieser Gruppe benötigen 36 von 40 behinderten Menschen psychologische Hilfen auf ihrem Lebensweg.

2. Position: Der Rechtsanspruch auf psychologische Hilfe im Rahmen von Rehabilitation ist klar definiert.

Der Rechtsanspruch auf psychologische Hilfe zur Rehabilitation ist z.Z. u.a. in §39 BSHG begründet, in dem der Personenkreis für den Anspruch festgelegt ist. Im Referentenentwurf des SGB IX, welches das BSHG ablösen wird, ist dieser Rechtsanspruch noch mehr erweitert worden! Neben dem Bezug auf eine mindestens sechs Monate andauernde Störung, Behinderung oder Krankheit wird das Partizipationsprinzip eingeführt. Demnach hat Anspruch jede Person, deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in der oben genannten

Dauerhaftigkeit von der Norm abweicht. Diese Norm ist im hier betrachteten Rehabilitationsbereich die psychische Gesundheit.

Der Personenkreis

Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind, ist Eingliederungshilfe zu gewähren. Der besondere Auftrag psychologischer Eingliederungshilfe besteht darin, eine drohende psychische Beeinträchtigung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern (s. BSHG §39, Abs. 1 und 3).

Der Hilfebedarf

Der psychologische Hilfebedarf ist rechtlich personenbezogen definiert. In den Rahmenverträgen nach §93 BSHG ist der individuelle Hilfebedarf in diesen Bedarfsbereichen festzustellen. Hier sind die sieben Inhaltsbereiche des Hilfebedarfes aus einem Rahmenvertrag Hessens aufgeführt (Eingliederungshilfe „Wohnen“, Stand 2000). Die inhaltlichen Bestimmungen beziehen sich in allen Bundesländern i. d. R. auf die Ermittlung von Hilfebedarfsgruppen. Das bekannteste Verfahren dazu ist von Metzler u.a., auf das sich auch der hessische Rahmenvertrag bezieht. In den Klammern hinter jedem Hilfebereich finden sich die Zahlen zur Häufigkeit, mit der psychologischen Hilfen in diesem Hilfebereich angefordert wurden. Die Zahlen beziehen sich auf eine Stichprobe von 125 Menschen mit meist multiplen Behinderungen, die psychische oder Verhaltensstörungen bewältigen müssen. (Bei dem Personenkreis ist Psychologischer Hilfebedarf in mehr als nur einem Inhaltsbereich die Regel.)

1. Alltägliche Lebensführung, insbesondere ... **(35%)**
2. Individuelle Basisversorgung, insbesondere ... **(20%)**
3. Gestaltung sozialer Beziehungen, insbesondere ... **(60%)**
4. Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben, insbesondere ... nicht ermittelt, Hilfen für Freizeitgestaltung **(10%)**
5. Kommunikation und Orientierung, insbesondere ... **(70%)**
6. Emotionale und psychische Entwicklung, insbesondere ... **(90%)**
7. Gesundheitsförderung und –erhaltungen, insbesondere ... **(25%)**

Die rehabilitative psychologische Hilfeleistung, mit welcher der personenbezogene Hilfebedarf innerhalb einer Einrichtung gedeckt werden soll, wird rechtlich im Leistungsvertrag nach §93 Abs.2 BSHG und §§ 93 a ff BSHG festgelegt: schriftliche Bestimmungen in den offiziellen Leistungsvereinbarungen zwischen Reha-Einrichtung und Kostenträger oder die explizite Übernahme der Konzeption psychologischer Rehabilitation in der Leistungsvereinbarung sind notwendig, sonst besteht kein Finanzierungsanspruch!

Grundsätzlich sind psychologische Hilfen im Rahmen von Rehabilitation rechtlich in der Eingliederungshilfe verankert (BSHG, SGB VIII) und nicht in der Heilbehandlung nach dem SGB V. Das bedeutet, rehabilitative psychologische Hilfen werden nicht grundsätzlich von den Krankenkassen finanziert, sondern von den Kostenträgern der Eingliederungshilfe (Landessozialgericht Berlin, AZ L 7B 18/99 KA ER S71 KA 84/99 ER vom 22.9.1999, S.8).

Durch das neue SGB IX werden weitergehende gesetzliche Bestimmungen der psychologischen Rehabilitationshilfen eingeführt: das Partizipationsprinzip (s.o.) und in §4 die Prinzipien der „ganzheitlichen und vollständigen Förderung“. Diese gesetzlichen Bestimmungen ermöglichen neue Formen psychologischer Rehabilitationen, und zwar insbesondere interdisziplinär organisierte Hilfen und die Begründung von psychologischer Hilfe in Komplexeinrichtungen. (Bisher gilt lediglich die Frühförderung rechtlich als Komplexmaßnahme, bei der die ärztliche Dominanz in der Reha-Planung aufgehoben ist.) Aber diese gesetzlich neuen Möglichkeiten müssen dringend durch die psychologischen Fachkräfte in der Reha-Arbeit konkretisiert werden, damit die relativ unbestimmten gesetzlichen Vorgaben fachlich mit sinnvollen Hilfeformen gefüllt werden. Die Administration (Verbände, Kostenträger usw.) ist auf solche fachlichen Vorlagen angewiesen. Fachfremde Interessenvertreter können diese Arbeit kaum leisten.

3. Position: Der psychologische Hilfebedarf beinhaltet *erstens* die individuellen psychischen und Verhaltensstörungen sowie die Lösung individueller Lebensprobleme und *zweitens* die Hilfebedürfnisse des Hilfesystems.

Rehabilitationserfolge hängen ganz wesentlich davon ab, wie die Probleme und realen Belastungen der Hilfesysteme bewältigt werden (s. z.B. die Studie über Aggressionsentwicklungen in Rehabilitationsprozessen, die Kretschmer und Würkert (2000) in Rehabilitationseinrichtungen vorfinden). Entsprechend bildet die systemische psychologische Hilfe einen Schwerpunkt der Rehabilitationsarbeit. Jede Rehabilitation kann nur so gut sein wie das Hilfesystem, das diese Rehabilitation leisten soll.

Auftragsbereich	Methoden	Arbeits- umfang: Arbeitszeit in %
individueller Hilfebedarf i.e.S.: Lebensprobleme lösen, Verhalten und Fähigkeiten fördern oder verändern, psychische und Verhaltensstörungen bewältigen usw.	Einzelberatung, personenbezogene Diagnostik, Krisenbegleitung, Psychotherapie, Übungsbehandlung, Trainings, Familiengespräche, Paartherapie usw.	ca. 40%
Hilfebedarf der Helfer und des Hilfesystems: Lösung von Rehabilita- tionsproblemen, Lösung von Problemen der Zusammenarbeit und der Arbeitsbelastung, Weiterentwicklung von Reha- Planungen usw.	Fallbesprechung, Helferkonferenz, Einzel- und Teamsupervision, Begutachtung, interdisziplinäre Maßnahmenplanung, -durchführung und -reflexion, Angehörigengespräche, Fortbildung, Konzeptionsarbeit, Qualitätskontrolle	ca. 60%

Kasten 1: 24 Fachleute auf der Freiburger Jahrestagung 2000 der Verbände katholischer Einrichtungen für körper- und geistig behinderte Menschen stuften den Bedarf an individuellen und systemischen Hilfen folgendermaßen ein:

Der psychologische Hilfebedarf des Helfersystems gehört untrennbar mit dem individuellen Hilfebedarf von behinderten Menschen zusammen und ist explizit im Konzept und im Leistungsvertrag zu verankern, sonst kann er nicht rechtlich auf BSHG – Grundlage finanziert werden!

4. Position: Der psychologische Hilfebedarf muß fachgerecht diagnostiziert und verständlich vermittelt werden.

Psychologische Diagnosen von psychischen und Verhaltensstörungen müssen mit Verfahren geprüfter Qualitätsstandards erstellt werden. Dazu gehören in erster Linie die validierten Testverfahren und die ICD-10. Die ICD-10 ist die erste seit 1998 rechtsverbindlich in das deutsche Gesundheitswesen eingeführte umfassende Klassifikation von psychischen und Verhaltensstörungen, die von allen Fachkräften (keinesfalls nur von Ärzten!) angewendet werden sollte, die damit zu tun haben. Die systemischen und dynamischen Diagnosen müssen intersubjektiv mit den Rehabilitanden und ihren Rehabilitationshelfern überprüft werden und der prozeßbegleitenden Validierung des Rehabilitationsverlaufes

Stand halten. D.h. ein interdisziplinärer Austausch psychologischer Diagnosen ist genauso unumgänglich wie der Austausch und die Berücksichtigung von medizinischen, pädagogischen, physiotherapeutischen Diagnosen usw. Besondere Schutzbedürfnisse bei psychologischen Diagnosen sind den anderen Rehabilitationshelfern transparent zu machen, sonst können sie in diesem Hilfebereich nicht kooperieren.

Exemplarische Fakten zur fachgerechten Diagnostik

a) deskriptive Statusdiagnosen

Hier wird ein wichtiger psychologischer Diagnosetyp herausgegriffen. Entscheidend ist bei jeder Diagnose, daß ein Bezug zur Rehabilitationsarbeit ausdrücklich für die betroffene Person und für die beteiligten anderen Fachkräfte nachvollziehbar hergestellt wird.

Die folgende Tabelle zeigt die Häufigkeitsverteilung von psychischen und Verhaltensstörungen bei einer Stichprobe 125 Personen mit Behinderungen aus drei verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen, die Bedarf an psychologischer Rehabilitation angemeldet haben (Kretschmer und Würkert 1999). In neun von zehn Fällen werden F-Diagnosen (personenbezogene Störungen) und Z-Diagnosen (störende bzw. kränkende Lebensbedingungen) gestellt, nur in einem von zehn Fällen werden ausschließlich Z-Diagnosen gestellt. Ausdrücklich wird an dieser Stelle erwähnt, daß mit diesen Diagnosen die Störungen von Hilfesystemen (z.B. Überbelastungen, mangelhafte Konfliktlösefähigkeiten, erhebliche Kooperationsprobleme im Team usw.) nicht genannt sind!

F 06/07	Psychische Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Schädigung, Funktionsstörung oder Erkrankung des Gehirns. F07.2 organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma	12 %
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. F10.1 schädlicher Gebrauch von Alkohol	4 %
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen. F23.0 akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie.	1 %
F3	Affektive Störungen. F32.1 mittelgradige depressive Episode	1 %
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen. F43.25 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten	28 %
F5	Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren. F50.4 Eßattacken bei sonstigen psychischen Störungen	6 %
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. F68.0 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen	5 %

F7	Intelligenzminderung. F71.1 Mittelgradige Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensauffälligkeit, die Beobachtung oder Behandlung erfordert.	16 %
F 8	Entwicklungsstörungen. F 81.3 kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten (Lese-, Rechtschreib-, Rechenstörungen)	12 %
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. F90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens.	15 %

Tabelle 1, linke Spalte: ICD-10 Kodierung; mittlere Spalte: inhaltliche Kategorien, im kleineren Schrifttyp sind beispielhaft Spezifizierungen angegeben, von denen es insgesamt 276 gibt; rechte Spalte: Häufigkeit der Diagnosen in der Stichprobe, mehrere Diagnosen sind bei der Zielgruppe die Regel.

5. Position: Psychologische Rehabilitation umfaßt fünf Kompetenzbereiche.

Psychologische Rehabilitation erfordert und beinhaltet:

- eine Indikation (fachgerechte psychologische Diagnose und expliziter Auftrag für psychologische Hilfe) und
- eine konkrete Zielformulierung und
- eine Benennung der psychologischen Arbeitsweise und
- eine methodisch vorgenommene Verlaufs- und Ergebniskontrolle und
- interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationshelfern ist der Regelfall.

Bezüglich Diagnose und Arbeitsweisen sind die Einhaltung von Standards selbstverständlich. Eine gute Sichtung des diagnostischen Standards gibt Krampen (1998). Mit der Diagnose und der Klärung der Indikation haben Psychologen oft strategische Entscheidungen für den gesamten Reha-Prozeß mit zu verantworten. Anhaltspunkte für diese strategischen Entscheidungen finden sich im Anhang 1.

Für die Formulierung konkreter Ziele werden Anhaltspunkte im Anhang 2 gegeben. Dort finden sich die Häufigkeiten psychologischer Zielsetzungen in drei Rehabilitationseinrichtungen innerhalb eines Zeitraumes von 12 Jahren (Kretschmer und Würkert 1999): Sonderschule, Berufliche Schulen, Wohnbereich für Erwachsene, die in der Regel Werkstätten und Fördergruppen besuchen. Bei der Zielformulierung ist zu beachten, daß sich die Ziele auf die vom Kostenträger finanzierten Hilfebereiche beziehen.

Für die Planung und Überprüfung der psychologische Reha-Arbeit wird in Anhang 3 ein Beispielformular gegeben, das in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit den KollegInnen und RehabilitandInnen ausgetauscht werden kann. Besondere Datenschutzbedürfnisse sind im Einzelfall klarzustellen, gegenüber Dritten, z.B. Kostenträgern, müssen diese Rehabilitationsplanungen anonymisiert werden.

Die Erfolgskontrolle psychologischer Rehabilitation bezieht sich auf übliche Formen von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität. Die gesetzlichen Qualitätsstandards für psychologische Rehabilitationsarbeit sind erfüllt, wenn erstens Strukturqualitäten realisiert sind: Stellenbesetzung, möglichst Mehrfachqualifizierung (u.a. in systemischer Beratung und Therapie, weil schwerpunktmäßig mit Hilfesystemen gearbeitet werden muß) und explizite Konzeption der Arbeitsweisen.

Zweitens muß die Prozeßqualität mit methodischer Verlaufsdokumentation und fachlicher Reflexion (Intervision, Supervision, Fallgespräche) gesichert werden.

Drittens ist die Ergebnisqualität zu prüfen und zu sichern. Dazu gehören die Bewertungen im Reha-Team, wie die formulierten Methoden umgesetzt und die geplanten Ziele erreicht wurden. Ausdrücklich gehört dazu auch die Befragung der hilfebedürftigen Menschen, wie sie mit der geleisteten psychologischen Hilfe zufrieden sind (vgl. z.B. Rahmenvertrag Hessen „Gestaltung des Tages“ Stand 2000, § 10 Qualität der Leistung, § 11 Maßnahmen der Dokumentation und Qualitätssicherung).

PsychologInnen haben eine besondere Mitverantwortung dafür, daß in der Rehabilitationsarbeit psychische Fähigkeiten, Grenzen und Störungen der einzelnen Beteiligten gesehen und fachgerecht gefördert bzw. behandelt werden. Und PsychologInnen haben eine besondere Mitverantwortung dafür, daß Probleme der Hilfesysteme und ihre Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten erkannt und gelöst bzw. genutzt werden können.

Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation: RPK-Bestandsaufnahme 2000. Walter Kolb Str. 9-11, 60594 Frankfurt a.M.
(Thesen zur Unverzichtbarkeit von interdisziplinärer Rehabilitation)

Dilling, H. (Hrsg), Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern 1999

Metzler, G., Gutachten zur Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf nach § 93a BSHG. In: Hilfebedarf in der Gestaltung des Tages, Modellversuch in Hessen. Landeswohlfahrtsverband Hessen, Ständeplatz 6-10, 34117 Kassel

Noeker, M., Petermann F., Körperlich-chronisch kranke Kinder: Psychosoziale Belastungen und Krankheitsbewältigung. In: Petermann (Hrsg), 1998

Krampen, G., Diagnostik nach der ICD-10. Ihr Stellenwert im psychodiagnostischen Prozeß. In: Report Psychologie 1/98, S. 44- 63.

Kretschmer, I., Würkert, B., Dokumentation einer Langzeitbegleitung von SonderschülerInnen und Erwachsenen mit Behinderungen. Unveröffentlichte Statistik 1999

Kretschmer, I. Würkert, B., Aggression und Rehabilitation. In: Report Psychologie, 11-12/2000

Küstenmacher, M., Küstenmacher, W., Labyrinth – Neue Wege finden. Ludwig-Verlag, München 2000

Petermann, F. (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Hogrefe, Göttingen 1998

Renschmidt, H., Grundlagen psychiatrischer Klassifikation und Psychodiagnostik. In: Petermann (Hrsg), 1998

Sander, J., Endermann, M., Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung im institutionellen Rahmen: Merkmale von Therapeuten und ihren Klienten. In: Report Psychologie, 7/1997, S.493-499

ANHANG 1: Beispiel für diagnostische Fragen in einem Reha-Team in der Anfangsphase der Reha-Planung. Das diagnostische Screening soll die strategische Richtung für eine/n vorgestellten Rehabilitanden/in klären.

1) Keine Indikation für Rehabilitationsmaßnahmen?

Die Schwierigkeiten werden sich noch auswachsen. Die Zeit und die Lernumgebung werden positive Veränderungen oder Lösungen bringen. Die Schwierigkeiten sind eher als Naturell der Person oder vorübergehende Problematik des Hilfesystems zu verstehen.

Wie stimmen Sie dieser Richtung zu? stark mittel schwach

2) Indikation für Psychodiagnostik und Psychotherapie?

Die Verhaltensweisen deuten auf ungelöste psychische oder psychologisch relevante äußere Konflikte hin. Eine psychotherapeutische Behandlung wird positive Veränderungen oder Lösungen der Schwierigkeiten bringen.

Tendenz der Zustimmung? stark mittel schwach

3) Indikation für stationäre Eingliederungshilfe?

Die Verhaltensweisen hängen in erster Linie zusammen mit körperlichen bzw. hirnorganischen Beeinträchtigungen hin. Ein beschützender Rahmen und institutionelle Rehabilitation können die Probleme positiv verändern oder lösen.

Tendenz der Zustimmung? stark mittel schwach

4) Indikation für medizinische Behandlung?

Die Verhaltensweisen/Schwierigkeiten deuten auf eine (psychische) Erkrankung hin. Eine ärztliche/psychiatrische Behandlung kann die Verhaltensprobleme/Schwierigkeiten positiv verändern oder lösen.

Tendenz der Zustimmung? stark mittel schwach

5) Indikation für pädagogische Maßnahmen?

Die Verhaltensweisen deuten auf Angewohnheiten und Fehlerziehungen hin. Anleitung für angemessenes Erziehungsverhalten der Eltern oder die Lösung pädagogischer Fragen können die Schwierigkeiten lösen.

Tendenz der Zustimmung? stark mittel schwach

6) Indikation für eine weitere Richtung der Reha-Arbeit?

ANHANG 2 Häufigkeitsverteilung der Zielsetzungen von psychologischen Rehabilitationen im Antoniushaus Hochheim a.M. von 1988-1999. Je Person werden i. d. R. mehrere Ziele formuliert.

1. Psychosoziale Belastungen bewältigen, die eng mit der Behinderung oder mit Rehabilitationsmaßnahmen zusammenhängen.	61%
2. Andere psychosoziale Belastungen bewältigen, z.B. Tod eines Elternteils, Alkoholkrankheit in der Familie, usw.	29%
3. Die Versorgung, Betreuung, Förderung behinderter oder kranker Menschen durch Angehörige oder professionelle HelferInnen planen und bewältigen.	61%
4. Traumatisierungen (i.e.S. katastrophale Unfälle, Gewalterlebnisse etc.) behandeln.	10%
5. Auffälligkeiten oder Störungen der Emotionalität (insbesondere Ängste, Scham, Trauer oder Gefühlsverwirrungen usw.) behandeln.	39%
6. Aggressivität, Autoaggressivität, einschließlich destruktivem Verweigerungs- und Vermeidungsverhalten behandeln.	33%
7. Antriebslosigkeit, Apathie, depressive Phasen, Erschöpfungssyndrome behandeln.	10%
8. Selbst- und Fremdgefährdungen behandeln.	13%
9. Akute oder latente Suizidalität behandeln.	21%
10. Konflikt- und Kritikfähigkeit, konfliktlösende Verhaltenskompetenzen entwickeln, vermitteln, trainieren.	23%
11. Entwicklungsstörungen und Entwicklungsverzögerungen behandeln.	18%
12. Störungen, Fehlentwicklungen oder Retardierungen der Bindungs- und Beziehungsfähigkeiten behandeln.	14%
13. Sexualität: Verhaltensprobleme lösen, Grenzen ziehen und für zuverlässigen Schutz sorgen, Aufarbeitung von Grenzverletzungen und Mißbrauch.	6%
14. Sexualität: Psychosexuelle Reifung fördern.	6%
15. Kognitive Leistungsprobleme untersuchen und Fördermöglichkeiten entwickeln.	18%
16. Anstrengungsbereitschaft, Motivation, Konzentrationsfähigkeit für Schule, Ausbildung, Werkätigkeit untersuchen und fördern.	21%
17. Hirnorganisch bedingte psychische Beeinträchtigungen diagnostizieren, bewältigen, und dafür Fördermöglichkeiten entwickeln.	6%
18. Psychische Erkrankungen durchstehen können bzw. damit leben lernen.	9%
19. Hyperkinetisches Syndrom oder Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom diagnostizieren, Förderpläne erstellen, Verhaltenstrainings durchführen etc.	9%
20. Essstörungen aller Art behandeln.	6%
21. Drogenprobleme (insbesondere Medikamentenabhängigkeiten) behandeln.	9%
22. Besondere körperliche Symptome wie Schmerzerleben, Schlaflosigkeit, Ruhelosigkeit etc. behandeln.	6%
23. Zwangshandlungen und Zwangsgedanken, die nicht hirnorganisch erklärbar sind, behandeln.	3%
24. Organisatorische und strukturelle Hilfemöglichkeiten abklären und einleiten: Übergänge zwischen stationären und teilstationären Maßnahmen etc.	26%

Anhang 3: Beispiel für einen Rehabilitationsplan, der mit kooperierenden Rehabilitationshelfern ausgetauscht werden kann.

1. Indikationen für psychologische Hilfen (Anliegen, Probleme, Symptome)

2. Ziele der psychologischen Hilfen

3. Bedarfsbereiche „Wohnen“(W) und „Gestaltung des Tages“(T)

W/T <> Individuelle Basisversorgung/alltägl. Aufgaben: Ernährung, Bekleidung, Hygiene, ...

W <> Alltägliche Lebensführung: Einkäufe, Essen zubereiten Geldverwaltung,...

T <> Mobilität: im Beschäftigungsbereich, in der Einrichtung, außerhalb, ...

W/T <> Gestaltung sozialer Beziehungen: Kontakt, Kooperation, Interessenvertretung, Kritikfähigkeit, Konflikte bewältigen, Freundschaften, Partnerschaften, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, ...

W/T <> Kommunikation und Orientierung: aktive und passive (sprachliche) Verständigung, Kompensation von kommunikativer Beeinträchtigung, ...

T <> Ausführen von Aufgaben und Vorhaben: planen, verstehen, praktische Ausführungen,

T <> Entwickeln von Perspektiven in der Tagesstruktur: Motivation für Betätigung (Schule, Ausbildung, Arbeit), Realitätsbezug, Umgang mit Krisen, Selbstvertrauen, Kompetenzentwicklung

W <> Emotionale und psychische Entwicklung: Bewältigung von Symptomen/ Auffälligkeiten, Störungen, ...

W/T <> Gesundheitsvorsorge/medizinische Hilfen: Prävention, Sorge um Sicherheit, Vermeidung von Selbstschädigung, Behandlungspflege, Medikamenteneinnahme,...

<> sonstiges: _____

4. Psychologische Arbeitsweisen/Behandlungen:

Zeitraum: _____ beteiligte Personen: _____

Besondere Vereinbarungen: _____

5. Dokumentation und Bewertung von Durchführung und Verlauf (extra)

6. Dokumentation und Bewertung der Ergebnisse (extra)