

2012 |
Gesundheitsbericht

**Sozialpsychiatrischer
Dienst**

Kommunale Gesundheitsberichterstattung
im Kreis Euskirchen
September 2012

**Bericht des Sozialpsychiatrischen Dienstes
der Abteilung Gesundheit
des Kreises Euskirchen**

Herausgeber:
Kreis Euskirchen
Der Landrat
Abt. Gesundheit

Inhalt	3
1 Einleitung	4
1.1 Rechtsgrundlage	4
1.2 Zur aktuellen Situation des Sozialpsychiatrischen Dienstes	4
2 Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Kreis Euskirchen	6
2.1 Kernaufgaben	
2.1.1 Krisenintervention nach PsychKG § 14	6
2.1.2 Vor- und nachsorgende Hilfe nach PsychKG §§7 und 27	7
2.1.3 Psychiatrische Begutachtung	8
2.1.4 Fachaufsicht	8
2.2 Wie werden die Hilfen angeboten?	
2.2.1 Telefon	9
2.2.2 Sprechstunde	9
2.2.3 Hausbesuche	9
2.2.4 Internet	9
2.3 Spannungsfelder / Dilemmas	
2.3.1 Postulat der Angemessenheit	10
2.3.2 Eigenverantwortung und Toleranz versus "eingreifende Fürsorge"	10
2.3.3 Qualität unter schwierigen Bedingungen	11
3 Die Struktur des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Kreis Euskirchen	12
3.1 Organisation	12
3.2 Arbeitsweise	12
3.2.1 Fallarbeit	12
3.2.2 Teamarbeit	13
3.2.3 Arbeit in Gremien, Vernetzung, Kooperation	14
4 Die Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Kreis Euskirchen	15
4.1 Klientenstruktur - Entwicklung und Veränderung des Bedarfs in den letzten 10 Jahren, Statistik	15
4.2 Fallbeispiele	19
4.2.1 Demenz	19
4.2.2 Burnout	21
4.2.3 Psychose	22
4.2.4 Krise, Psychosoziale Notlage	24
4.2.5 Verwahrlosung	25
5 Schlussbemerkung	28
Ansprechpartner	29

1. Einleitung

1.1 Rechtsgrundlage

Neben dem im Grundgesetz verankerten Sozialstaatsprinzip befindet sich die Ausgangsnorm der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes in SGB I § 10. Sie lautet:

Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht, haben unabhängig von der Ursache der Behinderung ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu vermindern. Damit soll dem Betroffenen ein seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechender Platz in der Gesellschaft, insbesondere im Arbeitsleben, gesichert werden.

Im Einzelnen sind die gesetzlichen Vorgaben im Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) sowie im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) und im Sozialgesetzbuch XV (SGB) geregelt.

Zusätzlich zu den oben ausgeführten gesetzlichen Bestimmungen hat die Expertenkommission der Bundesregierung im November 1988 in ihrer Empfehlung zur Reform der psychiatrischen Versorgung bestimmte Aufgaben und Arbeitsweisen des Sozialpsychiatrischen Dienstes formuliert. Unter anderem wurde als Aufgabe Beratung von Hilfesuchenden und Angehörigen empfohlen. Ein Kernpunkt der Aufgabe ist auch, psychisch kranke Personen, die noch nicht im Regelversorgungssystem sind, dort einzubinden. Auch persönlicher Kontakt in Form von Hausbesuchen wird dort genannt.

1.2 Zur aktuellen Situation des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Der sozialpsychiatrische Dienst (SpD) ist in der Regel der unteren Gesundheitsbehörde angegliedert. In ihm werden ärztliche und sozialarbeiterische Hilfen für psychisch kranke Menschen koordiniert. Der sozialpsychiatrische Dienst ist der einzige Dienst, der dazu verpflichtet ist, neben der Beratung von Betroffenen, Angehörigen, sonstigen Personen und Institutionen (einschließlich gutachterlicher Tätigkeit) auch Hilfe in Form von Hausbesuchen zu leisten. Der Dienst steht allen Bürgern kostenlos zur Verfügung. Eine ärztliche Behandlung ist jedoch in der Regel durch den sozialpsychiatrischen Dienst nicht möglich.

In den letzten Jahren hat die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste zugenommen. Zum einen sind im Rahmen nötiger kommunaler Sparmaßnahmen andere Hilfsdienste wie der allgemein soziale Dienst reduziert. Hierdurch werden Aufgaben, die sonst durch die Sozialarbeit in der Kommune übernommen wurden, vom Sozialpsychiatrischen Dienst übernommen. Des Weiteren hat sich für die psychisch Kranken der Zugang in das Regelsystem erschwert. So gibt es heute, insbesondere im ländlichen Bereich, lange Wartezeiten bei ambulant behandelnden Psychiatern und Psychotherapeuten. Weiterhin haben sich Liegezeiten von psychisch kranken Menschen in den Krankenhäusern deutlich verringert. Dadurch kommt es nach unseren Feststellungen häufiger zu Krankheitsrückfällen mit einer

Zunahme von Krisensituationen, in denen der Sozialpsychiatrische Dienst eingeschaltet wird. Durch die kürzeren Liegezeiten in den Krankenhäusern ist ein höherer Bedarf an Nachsorgenden Hilfen entstanden. Diese Zunahme von Aufgaben wird bisher von keiner wesentlichen Besserung des Angebots flankiert.

Im Abschluss-Bericht der Universität Siegen zum Forschungsprojekt „kommunale Gesundheitsberichterstattung über psychische Unterbringungen...“ ist gerade die Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste mit der frühzeitigen und kompetenten Hilfe vor Ort unter Beteiligung anderer Institutionen ein Dienst, der Krisen so handhaben kann, dass PsychKG-Unterbringungen auf ein Minimum reduziert werden können.

Bei der Durchführung von Einladungen, Hausbesuchen und Krisenintervention ist eine sorgfältige Planung erforderlich. Dies gilt besonders, wenn davon auszugehen ist, dass Betroffene die Hilfe nicht annehmen wollen. Für Hausbesuche und Krisenintervention sollten vorab alle zu erhaltenden Informationen gesammelt werden.

Dabei sollte beachtet werden, dass die Intervention so wenig wie möglich in die Persönlichkeitsrechte des psychisch Kranken eingreift. Soweit möglich, wäre daher eine zunächst weniger eingreifende Einladung in die Behörde dem Hausbesuch vorzuziehen.

Bei Meldungen steht der sozialpsychiatrische Dienst häufig unter dem öffentlichen Druck, zu handeln, verbunden mit der dringlichen Erwartung einer unmittelbaren Problemlösung. Auf der andern Seite gibt es vom Gesetz klare Vorgaben, die ein Handeln gegen den Willen des Betroffenen nur bei unmittelbarer Eigen- oder Fremdgefährdung erlauben.

Die angetroffenen Situationen aber sind oft nicht eindeutig und es besteht immer die Gefahr, selbst bei gut abgewogener Entscheidung zu viel oder auch zu wenig getan zu haben. Mögliche Folgen wären eventuell vermeidbare geschlossene Unterbringung eines Betroffenen oder auch Fehleinschätzung des Risikos von Eigen- und Fremdgefährdung. Jede sorgfältig abwägende Planung ist daher in hohem Maße zeitaufwändig.

2. Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Kreis Euskirchen

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Kreises Euskirchen bietet Erwachsenen, im Einzelfall auch Minderjährigen, im Kreis Euskirchen mit 191.000 Einwohnern Hilfen bei psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen sowie bei psychischen oder geistigen Behinderungen an.

Aktuell ist der Sozialpsychiatrische Dienst mit 2,5 Sozialarbeiterstellen, 0,5 Psychiaterstellen und 1,0 Sekretariatsstellen besetzt.

Bei der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes handelt es sich um eine kommunale Pflichtaufgabe. Der gesetzliche Handlungsauftrag ergibt sich aus dem ÖGDG NRW § 16 und PsychKG NRW § 5. Der Sozialpsychiatrische Dienst soll die erforderlichen Hilfen bedarfsgerecht und im Rahmen des gemeindepsychiatrischen Verbundes leisten. Vorrangig sollen Personen erreicht werden, die den Zugang zum Versorgungssystem (niedergelassene Ärzte, Anbieter von Betreutem Wohnen, ambulante Psychotherapeuten, Kliniken etc.) aufgrund der Schwere ihrer Beeinträchtigung nicht selbst bewältigen. Nur ein geringer Anteil der Klienten nimmt von sich aus die Hilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Anspruch.

Als kommunaler Dienst ist der Sozialpsychiatrische Dienst dem Gemeinwohl der Bürger verpflichtet und bei Wahrung seiner Neutralität bestrebt, für einen Interessensausgleich gesunder und kranker Bürger zu sorgen und ein gutes Zusammenleben in Nachbarschaft und Familie zu erhalten oder zu fördern.

Charakteristisch für die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist der alltags- und lebensweltbezogene Ansatz. Dazu gehören die Einbeziehung des sozialen Netzwerkes und die Kooperation mit anderen Personen oder Institutionen. Der Ansatz ist niedrigschwellig. Bei Bedarf wird aufsuchend gearbeitet. Eine wichtige Funktion des Dienstes ist auch die Vermittlung in geeignete Maßnahmen und Behandlungen, soweit dies möglich ist, und die überbrückende Unterstützung, bis andere Leistungsträger (wie z.B. Krankenkassen, Betreuungsstelle des Amtsgerichts, Landschaftsverband) nach Entscheidung über Zuständigkeit und Bewilligung ihre Hilfen starten.

Die Tätigkeit beginnt nach dem Bekanntwerden von entsprechendem Bedarf oder Notsituationen. Der Sozialpsychiatrische Dienst erhält davon Kenntnis durch die betroffenen Personen selbst oder durch Hinweise aus deren Umfeld sowie von anderen Institutionen (z.B. Polizei, Ordnungsamt, Jugendamt, Jobcenter).

2.1 Kernaufgaben nach dem PsychKG

2.1.1 Krisenintervention nach PsychKG § 14

Bei der Krisenintervention handelt es sich um Hilfen für psychisch kranke Personen, die in erster Linie der Vermeidung einer sofortigen Unterbringung nach PsychKG § 14 dienen sollen. "Ist bei Gefahr im Verzug eine sofortige Unterbringung notwendig, kann die örtliche Ordnungsbehörde die sofortige Unterbringung ohne vorherige gerichtliche Entscheidung vornehmen, wenn ein ärztliches Zeugnis über einen entsprechenden Befund vorliegt, der nicht älter als vom Vortage ist..."

(PsychK § 14 Abs. 1). Eine sofortige Unterbringung kann nur dann erfolgen, wenn alle folgenden Punkte erfüllt sind:

1. Gefahr im Verzug
2. durch krankheitsbedingtes Verhalten
3. gegenwärtig, d.h. zum jetzigen Zeitpunkt
4. eine erhebliche Selbstgefährdung (z.B. erhebliche Selbstverletzung, akute Suizidabsicht)
5. oder erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter Dritter (Leib, Leben, erhebliche Sachgüter)
6. die Maßnahme erforderlich ist, um die Gefährdung abzuwenden, d.h. die Gefährdung auf andere Art nicht abgewendet werden kann.

Ist ein Punkt nicht erfüllt, darf eine sofortige Unterbringung durch die Ordnungsbehörde nicht erfolgen.

Nachdem die Hintergrundrecherche der Meldung und eine Prüfung der Notwendigkeit einer Unterbringung nach PsychKG erfolgt ist und diese nicht zu vermeiden ist, wird die Zwangsmaßnahme organisiert und durchgeführt.

Bei erheblicher akuter Eigen- oder Fremdgefährdung dient die Einweisung der Gefahrenabwehr, aber auch der individuellen Fürsorge. Es handelt sich einerseits um eine Freiheitsentziehung zum Schutz der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, aber auch um eine Freiheitsentziehung im Interesse des psychisch Kranken und damit zu seinem eigenen Schutz und Wohlergehen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst interveniert bei einer Krise unmittelbar, flexibel und unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes. Es geht dabei um die Deeskalation der Situation und Stabilisierung der psychischen Verfassung des Kranken. Ihm werden alternative Handlungsmöglichkeiten und Hilfen erläutert und ggf. eingeleitet.

2.1.2 Vor- und nachsorgende Hilfen nach PsychKG §§ 7 und 27

Vor- und nachsorgende Hilfen haben das Ziel, einer Krankenhausunterbringung vorzubeugen. "Die vorsorgende Hilfe soll insbesondere dazu beitragen, dass Betroffene rechtzeitig medizinisch und ihrer Krankheit angemessen behandelt werden, und sicherstellen, dass zusammen mit der ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung psychosoziale Maßnahmen und Dienste in Anspruch genommen werden." (PsychKG § 7)

"Ziel der nachsorgenden Hilfe ist es, die Betroffenen nach einer Unterbringung oder einer sonstigen stationären psychiatrischen Behandlung durch individuelle, ärztlich geleitete Beratung und psychosoziale Maßnahmen zu befähigen, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen". (PsychKG § 27 Abs. 1)

Vor- und nachsorgende Hilfen können aber auch darin bestehen, falls die Notwendigkeit besteht, eine frühzeitige und möglichst freiwillige Krankenhausaufnahme einzuleiten und zu vermitteln. Es besteht jedoch der Grundsatz ambulant vor stationär.

Die Hilfen des interdisziplinären Teams im Sozialpsychiatrischen Dienst sind

- Kontakt- und Motivationsarbeit:
Herstellen einer tragfähigen Arbeitsbeziehung und einer Behandlungs- bzw. Veränderungsmotivation
- Psychosoziale Beratung (in der Regel Einzelberatung, bei Bedarf auch Paar- bzw. Familienberatung)
- Aufsuchende Hilfen (Krankenhaus, Hausbesuche etc.)
- Begleitende Hilfen (Sozialbüro, Agentur für Arbeit etc.)
- Sozialarbeiterische Begutachtung (Stellungnahmen, Sozialberichte, Betreuungsanträge etc.)
- Casemanagement:
Koordinierung / Vermittlung von Hilfsmaßnahmen und Kontakt zu relevanten Personen und Institutionen
- Kooperationsvereinbarung mit Jobcenter
- Suchtberatung:
Psychosoziale Betreuung von mit Methadon substituierten Opiatabhängigen
Vermittlung und Vorbereitung auf Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung für alle Suchtkranken
- Kooperation mit anderen Diensten und Institutionen
- Psychosoziale Diagnostik
- Psychoedukation:
Aufklärung von Betroffenen und Angehörigen über Krankheitsbilder
- Information und Beratung von Angehörigen, Betroffenen und Interessierten
- Alltagspraktische Hilfen

2.1.3 Psychiatrische Begutachtung

Wichtige gesetzliche Grundlagen bei psychiatrischen Begutachtungen sind PsychKG, SGB XII, SGB VIII, SGB II, BBG (Bundesbeamtengesetz), AsylbLG (Asylbewerberleistungsgesetz) und ÖGDG.

Auftraggeber sind externe Behörden, Gerichte u.s.w. sowie Ämter und Abteilungen der eigenen Kommunalverwaltung.

Die Gutachten dienen als Grundlagen der Entscheidungshilfe für die Auftraggeber. Zur Begutachtung kann eine Ladung in die Dienststelle, aber auch ein angekündigtes oder unangekündigtes Aufsuchen erfolgen.

2.1.4 Fachaufsicht

Gesetzliche Grundlage der Fachaufsicht ist das PsychKG § 23.

Die Fachaufsicht dient durch regelmäßige Durchführung von Besuchskommissionen der Qualitätskontrolle der klinischen psychiatrischen Behandlung.

2.2 Wie werden die Hilfen angeboten?

2.2.1 Telefon

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist während der Servicezeiten ständig erreichbar. Telefonische Beratung wird sehr oft in Anspruch genommen. Auch spielt die telefonische Recherche bei Krisenmeldungen eine große und zeitintensive Rolle. Bei Abwesenheit der Mitarbeiter/innen ist durch Umstellen der Telefone auf Anrufbeantworter bzw. das Benennen der Telefonnummer des Sekretariats für dringende Angelegenheiten die ständige Erreichbarkeit gesichert. Im Außendienst sind die Mitarbeiter/innen über Mobiltelefone zu erreichen.

2.2.2 Sprechstunde

Während der Servicezeiten ist immer mindestens ein Mitarbeiter/in präsent. Durch Teamabsprachen wird in Urlaubszeiten eine ständige Vertretung gesichert. Die Beratungsgespräche finden meistens nach Terminabsprachen statt. Einmal wöchentlich wird eine Sprechstunde im Rathaus Schleiden angeboten.

2.2.3 Hausbesuche

Nach PsychKG § 8 Abs.2 sind Hausbesuche anzubieten. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist der einzige Fachdienst, der zur aufsuchenden Hilfe bei psychischen Krisen und Notfällen verpflichtet ist.

Da es sich beim Kreis Euskirchen um einen großflächigen Landkreis handelt, in welchem den Klienten aus krankheitsbedingten oder finanziellen Gründen die Nutzung des öffentlichen Verkehrssystems sehr schwer fällt oder unmöglich ist und der Großteil des Klientels nicht über eine eigene Fahrgelegenheit verfügt, kommt Hausbesuchen eine besonders hohe Bedeutung zu.

Vor allem bei Krisen oder psychiatrischen Notfallsituationen, aber auch um zurückgezogene, ältere oder durch die Erkrankung schwer beeinträchtigte Personen erreichen zu können, werden aufsuchende Hilfen zwingend notwendig.

2.2.4 Internet

Einige Bürger nehmen über das Internet Kontakt auf.

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist indirekt über die Mailbox des Kreises Euskirchen und direkt über die Veröffentlichung der Mail-Adresse unseres Sekretariats erreichbar. Darüber hinaus verfügt der Sozialpsychiatrische Dienst über die Mail-Adresse: sozialpsychiatrischer.dienst@kreis-euskirchen.de. Abgesehen davon ist jede/r Mitarbeiter/in über seine persönliche Mailadresse erreichbar.

2.3 Spannungsfelder / Dilemmas

2.3.1 Postulat der Angemessenheit

Wenn eine Leistung des Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht aktiv und eigenverantwortlich durch einen Bürger oder eine Bürgerin in Anspruch genommen, sondern die Hilfe durch beteiligte Dritte initiiert wird, ist zunächst anhand der Informationslage abzuwägen, ob eine behördliche Intervention angemessen, erforderlich oder abzuweisen ist. Z. B. weil die Meldung eher aus einem persönlichen Motiv - Rache, Enttäuschung, Denunziation - heraus erfolgt ist.

Die Eingriffsschwelle ist erreicht, sobald aus einer Meldung hervorgeht, dass der Betroffene sich krankheitsbedingt selbst *erheblich* gefährdet oder bedeutende Rechtsgüter anderer (d.h. andere Personen, fremde Sachen) *erheblich* gefährdet. Die Rechtsgrundlage setzt den Rahmen für interdisziplinär zu treffende, einzelfallbezogene Entscheidungen, die nicht nur fachlich und juristisch, sondern auch ethisch und menschlich zu vertreten sind, innerhalb des Dienstes und nach Außen. Wenn Nachbarn, Passanten oder Familienangehörige beschimpft werden, leichte Sachbeschädigung erfolgt, Kranke durch ihren gestörten Tag- und Nachtrhythmus (Nächtliches Möbelrücken, Unterhaltung mit wahnhaft eingebildeten Personen) ihre Mitmenschen am Schlafen hindern, sie ihren Verpflichtungen als Mieter in einer Hausgemeinschaft nicht nachkommen und bedrohliche oder belästigende Äußerungen machen, liegen die Nerven im betroffenen Umfeld blank. Ein Verstehen oder sogar Verständnis dafür, dass Zwangsmaßnahmen nicht, nicht mehr oder noch nicht eingeleitet werden, ist dann eher nicht zu erwarten. Viele hochgradig eskalierende Situationen (Manische Phasen, psychotische Schübe, depressiv-suizidale Krisen, alkohol- und drogenbedingte Auffälligkeiten, Verwirrheitszustände) müssen im Rahmen einer kontinuierlichen Gefährdungseinschätzung begleitet werden, bis entweder eine Besserung eintritt oder die Eingriffsschwelle erreicht wird. Unmittelbare Eingriffe in Persönlichkeitsrechte sind: Wohnungsbetretung nach PsychKG § 9 Abs. 7, Einweisung in die geschlossene Psychiatrie, Antrag auf Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung ohne oder gegen die Zustimmung des Erkrankten.

Diese Diskrepanz lässt sich meist nur bedingt auflösen. Mit kritischen Reaktionen aus dem betroffenen Umfeld oder vom Klienten ist dann zu rechnen.

2.3.2 Eigenverantwortung und Toleranz versus "eingreifende Fürsorge"

Die Zielsetzung sozialpsychiatrischen Handelns ist in vielen Fällen janusköpfig. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat bei jeder Maßnahme die Wahrung der Grundrechte, das Recht auf Selbstbestimmung, die Förderung von gesellschaftlicher Teilhabe und den Schutz vor Ausgrenzung von psychisch Kranken auf der einen Seite zu beachten, auf der anderen Seite stehen das Schutzbedürfnis der Gesellschaft und die öffentliche Ordnung, welche den Auftrag zur "eingreifenden Fürsorge" begründen.

Schwierig gestaltet sich in vielen Fällen die Unterscheidung zwischen krankheitsbedingten Verhaltensweisen und kriminellen bzw. strafrechtlich relevanten Tatbeständen. Ist ein Exhibitionist, der wie in einem uns bekannten Fall eine ganze Kleinstadt durch seine Belästigung von Frauen tyrannisiert, strafmündig oder gibt es krankheitsbedingte Auslöser (z.B. Suchtmittelkonsum, hirnorganische Verände-

rungen, beginnende Psychose) für sein Verhalten. Die Abgrenzung der Sozialpsychiatrie zur Forensischen Psychiatrie ist in Einzelfällen nicht eindeutig.

Ist eine gesellschaftlich randständige Existenz (Wohnwagen am Waldrand, unbeheizte Hütte, Zelt am Stadtrand etc.) eine alternative Lebensform, der eine eigenverantwortliche Entscheidung vorausgegangen ist, die von der Gesellschaft zu akzeptieren ist ("Freiheit zur Verwahrlosung") oder ist sie Ausdruck einer sozialen Notlage verbunden mit krankheitsbedingten Einschränkungen? Falls der Einschätzung nach Letzteres zutrifft, setzt die "freundliche Belagerung" durch Mitarbeiter/Innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes ein, um den Hilfe- und Interventionsbedarf zu prüfen.

2.3.3 Qualität unter schwierigen Bedingungen

Neben gesellschaftlich historisch bedingten Vorurteilen gegenüber dem öffentlichen Gesundheitsdienst ("offene Irrenfürsorge", "Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke"), gibt es individuelle Vorbehalte gegenüber Hilfs- und Beratungsangeboten. Die Frage "Soll ich denn nun entmündigt werden?" wird auch zwanzig Jahre nach Einführung des Betreuungsrechts noch häufig gestellt, wenn ein Antrag auf gesetzliche Betreuung angezeigt ist.

Sozialarbeiter/Innen, die im Rahmen des allgemeinen sozialen Dienstes für alle Altersgruppen ansprechbar waren und bei den Städten oder Gemeinden vor Ort viele Problemlagen auffangen konnten, sind weitgehend eingespart worden, so dass die Problemlagen dann verzögert und somit schon in eskalierter Form an den Sozialpsychiatrischen Dienst weitergereicht werden.

Ungefähr die Hälfte der Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes beziehen Arbeitslosengeld II. Krankheitsbedingt sind viele mit der Antragstellung und eigenständigen Kooperation (Mitwirkungspflicht) mit dem Jobcenter überfordert. Kürzungen, Einstellung der Leistung oder der Druck in eine angemessene Wohnung umzuziehen, lösen Krisen aus, nicht selten Suizidkrisen. Innerhalb des engen leistungsrechtlichen Rahmens sind Lösungen mit dem Klienten und der Behörde zu entwickeln.

Der Sozialpsychiatrische Dienst wird ohne Prüfung eventueller Anspruchsvoraussetzungen tätig und wird dadurch zum niederschwelligsten Angebot innerhalb des Versorgungssystems. Er dient der unmittelbaren Sicherstellung kommunaler Daseinsvorsorge für psychisch kranke Bürger.

Nach Einschätzung der Dringlichkeit einer Meldung kann unmittelbares Intervenieren erforderlich sein. In Zeiten chronisch überbelegter psychiatrischer Stationen sowie langer Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie, einen Termin in der Institutsambulanz oder beim Facharzt und ausgelasteter Hausarztpraxen ist der Sozialpsychiatrische Dienst aber auch die Institution, die nicht weiter verweisen kann. Dies führt in Zeiten gehäufter Krisenmeldungen oder in Urlaubs- und Vertretungszeiten - bei aller Professionalität und Berufserfahrung der Mitarbeiter/innen - zu individuellen Notlagen auf der falschen Seite des Schreibtisches.

3 Die Struktur des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Kreis Euskirchen

3.1 Organisation

Die Organisation des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist darauf ausgerichtet, die Hilfe flexibel und gemeindenah innerhalb des Kreises Euskirchen anzubieten.

Die Städte und Gemeinden des Kreises sind anhand der Einwohnerzahlen und der strukturellen Gegebenheiten (soziale Brennpunkte, Entfernung bei aufsuchenden Terminen) in drei Bezirke aufgeteilt, die sich entsprechend der Wochenarbeitszeit auf die drei Sozialarbeiterinnen verteilen.

Außerhalb der Kreisverwaltung wird einmal wöchentlich Beratung in der Stadtverwaltung Schleiden angeboten.

Beratungsgespräche und Hausbesuche erfolgen soweit möglich nach Terminabsprache.

Es gibt keine festen Innendienstzeiten, da diese von einem sehr kleinen Dienst, der innerhalb der Service-Zeiten eine Kriseninterventionsbereitschaft bietet, nicht leistbar sind.

Zur Sicherstellung der Beratungs- und Prozessqualität und weil der Umgang mit selbst- oder fremdgefährlichen Situationen und Personen zum Arbeitsalltag gehört, ist eine kontinuierliche Dokumentation der Arbeit unerlässlich. Die Dokumentation erledigen die Sozialarbeiterinnen selbst im Rahmen der Fallzuständigkeit.

Seit 2009 erfolgt die Umstellung auf digitale Aktenführung, die bis auf einige Restbestände an Akten, abgeschlossen ist.

3.2 Arbeitsweise

3.2.1 Fallarbeit

Ein sozialpsychiatrischer Grundsatz in der theoretischen und praktischen Arbeit ist die Sicht auf eine psychische Erkrankung oder Störung unter Berücksichtigung biologischer, psychologischer, systemischer, biographischer und sozialer Aspekte.

Übergeordnete Ziele sind, einem psychisch Erkrankten, einem in einer entwicklungspsychologischen Übergangsphase (z.B. Adoleszenz, Familiengründung, Ein- und Ausstieg aus dem Berufsleben) gescheiterten oder durch schicksalhafte Ereignisse aus dem Gleichgewicht geratenen Menschen wieder eine eigenverantwortliche Alltagsbewältigung und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen oder wiederherzustellen. Eine Ausnahme hiervon bilden Klienten, die diese Ziele ausdrücklich nicht anstreben, sich dem Anpassungsdruck der Gesellschaft widersetzen und sich für ein Leben außerhalb der (Konsum-) Gesellschaft und Konventionen entschieden haben. Die Kontaktaufnahme zum Sozialpsychiatrischen Dienst erfolgt selbst- oder fremdinitiiert. Die Bandbreite reicht vom eigenständigen Aufsuchen der Beratung verbunden mit einem Veränderungswunsch und Beratungsziel, über milden Druck z.B. durch Angehörige, Arbeitgeber oder Sozialleistungsträger, bis hin zu Zwangskontexten. Der Zwang kann begründet sein durch eine gerichtliche Auflage oder die Androhung einer Zwangsvorführung (PsychKG § 9 Abs. 3).

Die Kontaktaufnahme und der Beziehungsaufbau zu Klienten gestalten sich entsprechend schwierig, wenn diese selbst keine Motivation haben oder einen persönlichen Kontakt sogar aktiv vermeiden wollen. Neue Klienten oder bereits bekannte werden

aus dem Umfeld oder von anderen Institutionen und Kooperationspartnern gemeldet, nicht selten verbunden mit einem Gefahrenhinweis. Von erkrankten Menschen die keine Krankheits- und Problemeinsicht haben, wird ein Kontaktangebot (Einladung, Anruf, angemeldeter Hausbesuch) durch eine/n Mitarbeiter/in des Sozialpsychiatrischen Dienstes oftmals bereits als Ärgernis, Grenzverletzung oder gar Bedrohung erlebt.

Die im Prozess zu erbringenden Beratung, Hilfs- und/oder Schutzmaßnahmen richten sich nach dem individuellen Bedarf und der psychosozialen Ausgangssituation der Betroffenen.

Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben (PsychKG) muss der Sozialpsychiatrische Dienst in Kooperation mit der zuständigen Ordnungsbehörde und der Polizei bei Bedarf Zwangsmaßnahmen einleiten bzw. koordinieren (Einweisung in geschlossene psychiatrische Behandlung, Betreten der Wohnung, Zwangsvorführung zwecks psychiatrische Untersuchung). Bevor es zur notwendigen und angemessenen Androhung oder Anwendung von Zwangsmaßnahmen kommt, sind alle alternativen Möglichkeiten auszuschöpfen. Ziel ist es, auch in schwierigsten Fallkonstellationen und Situationen ein tragfähiges Arbeitsbündnis mit dem Klienten herzustellen, ohne die Erfüllung des öffentlichen Kontroll- und Interventionsauftrages dabei aus den Augen zu verlieren. Freiwilligkeit, Eigenmotivation, Eigenverantwortung, Zielfindung, Veränderungsbereitschaft und Krankheitseinsicht können sich in jeder Phase des Beratungs- und Interventionsprozesses entwickeln. Wichtig ist das Verständnis von und der deeskalierende Umgang mit Widerständen, Krankheitssymptomen und Aggressionen von Seiten der Klienten. Vertrauensbildende Maßnahmen innerhalb von Zwangskontexten sind nur über Beziehungsarbeit möglich und dementsprechend zeitintensiv.

Transparenz, Angemessenheit, Respekt und ein wertungsfreier Umgang mit dem Bürger in jeder Phase der Zusammenarbeit ist oberstes Gebot.

3.2.2 Teamarbeit

Der Sozialpsychiatrische Dienst als eine Institution der Sozialpsychiatrie steht für interdisziplinäre Zusammenarbeit und offenen Dialog über die unterschiedlichen Ansätze in der Psychosozialen Diagnostik und Intervention. Die Komplexität und Bandbreite der individuellen psychosozialen Problemlagen erfordert einen kontinuierlichen Austausch und kritische Reflexion.

Es gibt keine fachliche Spezialisierung innerhalb der Mitarbeiterinnen, was sich besonders in Vertretungssituationen positiv auswirkt.

Um der fachübergreifenden Ausrichtung gerecht zu werden und eine Aktualisierung der Kenntnisse über Rechtsgrundlagen (Sozialgesetze, Betreuungsgesetz und PsychKG), Sozialmedizin, Psychiatrie, Psychologie und die zahlreichen Kooperationspartner (Organisationsstrukturen, Arbeitsweisen und Zugänge) sicherzustellen, werden innerhalb des Teams (Sozialarbeiterinnen und Facharzt für Psychiatrie) wöchentlich Teamsitzungen abgehalten und regelmäßige Supervision durch externe Supervisoren/innen durchgeführt. Zudem werden Fachvorträge oder -tagungen angeboten und in Anspruch genommen.

3.2.3 Arbeit in Gremien, Vernetzung, Kooperation

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist einerseits selbst Anbieter von Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und andererseits bestrebt die gemeindepsychiatrische Versorgungsstruktur und Kooperation zu optimieren.

Hierzu dient eine aktive Teilnahme an den Arbeitskreisen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft des Kreises Euskirchen (PSAG) und regionaler Netzwerke (z. B. Runder Tisch gegen häusliche Gewalt, Netzwerk FREIO (Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern)).

Darüber hinaus findet ein Austausch über die Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste NRW statt.

Um Ausgrenzung von Menschen mit psychischer Erkrankung zu reduzieren ist die fachliche Positionierung und sachliche Information und Beratung des persönlichen Umfeldes, der betroffenen Familien und der Bevölkerung erforderlich.

Im Rahmen des Fallmanagements sind individuelle Kooperationen und Netzwerke für den Klienten zu knüpfen. Eine erhöhte Wirksamkeit des Dienstes wird durch Kenntnis, Vermittlung und Vernetzung mit allen Anbietern erreicht, d.h. den behördlichen, karitativen und ehrenamtlichen.

4 Die Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Kreis Euskirchen

4.1 Klientenstruktur-Entwicklung und Veränderung des Bedarfs in den letzten 10 Jahren, Statistik

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist vorrangig für schwer psychisch kranke Menschen, zu denen auch Suchtkranke und Menschen mit Doppeldiagnosen (Psychische Erkrankung u. Suchterkrankung) zählen, zuständig die durch keine andere Behörde oder Institution adäquate Hilfe bekommen können. Die Interventionen erfolgen bedarfsorientiert. Der Bedarf hat sich in den letzten 10 Jahren drastisch verändert. So hat sich die Anzahl der Klienten im Jahr 2001 von 337 betreuten Menschen auf 522 im Jahr 2011 erhöht. Deutlich ist auch der Anstieg der neu aufgenommenen Klienten. Hier steigt die Anzahl der Neuaufnahmen von 201 im Jahr 2001 auf 307 im Jahr 2011. Ein Jahr zuvor waren es sogar 357 Personen (Abb.1). Entsprechend gestiegen ist auch Anzahl der Kontakte insgesamt (Hausbesuche und persönliche sowie telefonische Beratungen).

Auffallend ist ein Anstieg der betreuten Personen mit einer vorrangig psychischen Erkrankung. Dieser erhöhte sich in den letzten sechs Jahren (von 2005 - 2011) von 225 auf 384 Personen (Abb.2).

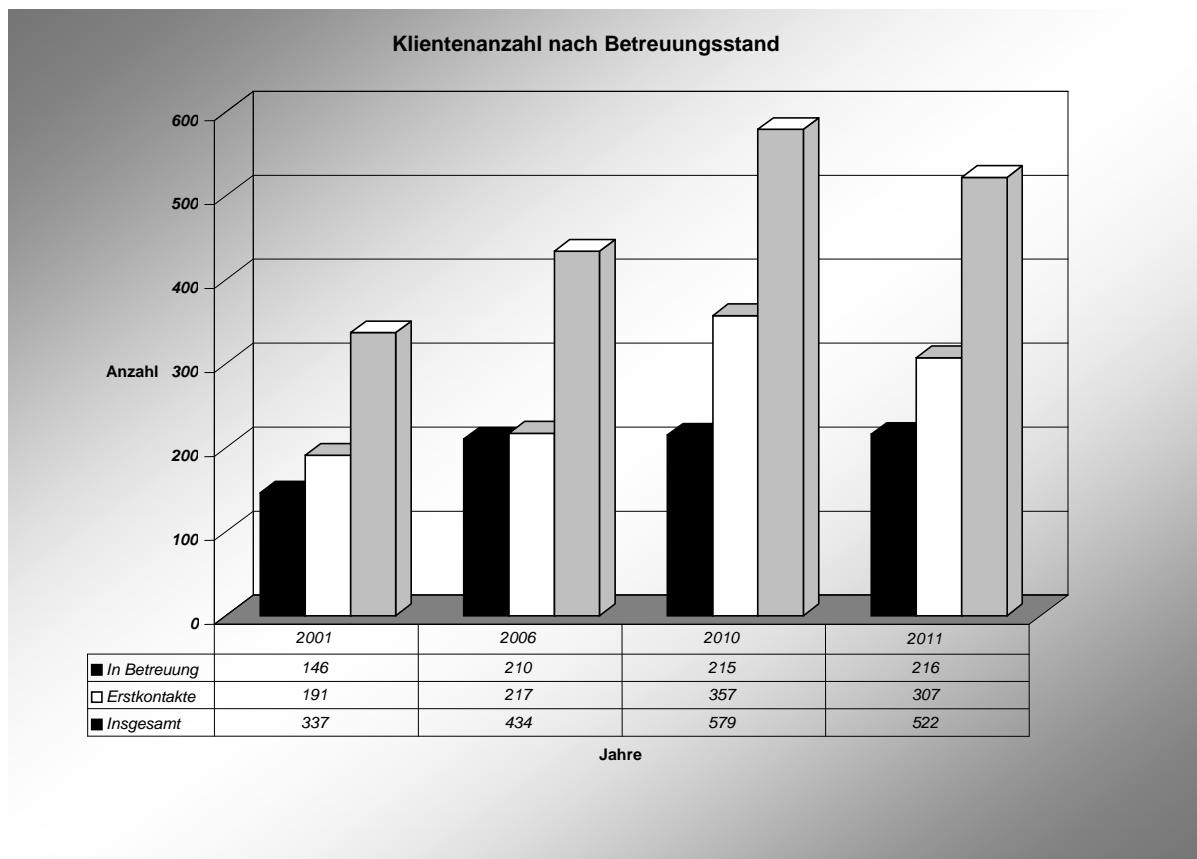


Abb.1: Anzahl der Klienten und Betreuungsstand im zeitlichen Verlauf. Der besondere Bedarf in 2010 kann mit der Umstrukturierung der ARGE in das Jobcenter zusammenhängen. Eine Optimierung der Zusammenarbeit hat in Folge zu einer Verbesserung der Hilfestellungen für die Klientel geführt.

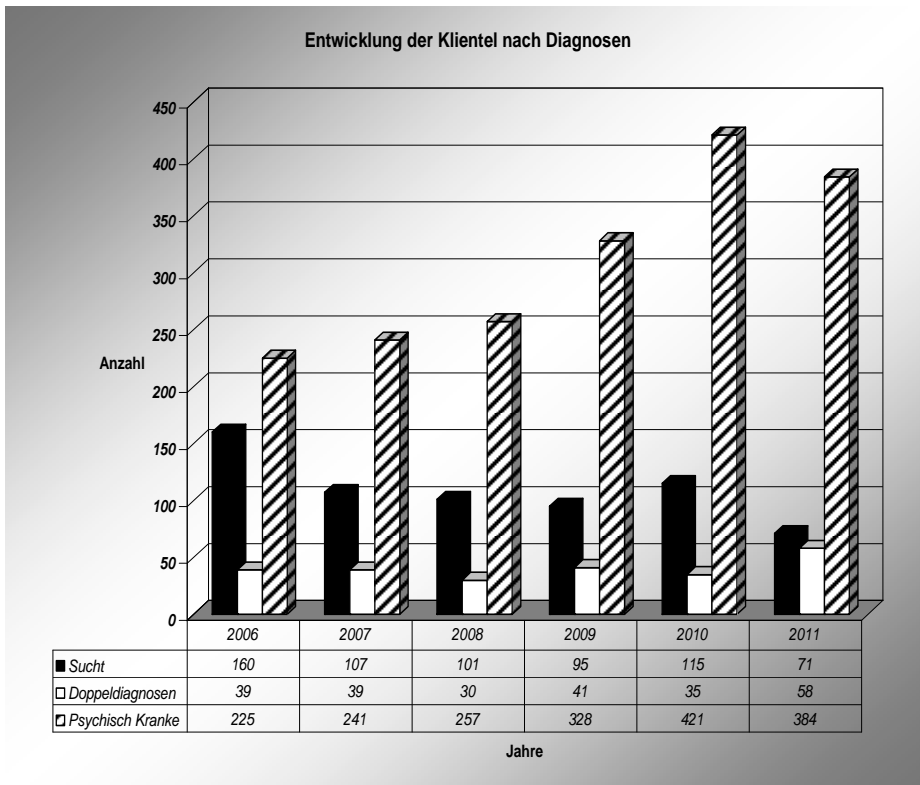


Abb.2: Anzahl der Klienten und Diagnosen im zeitlichen Verlauf seit 2006. Es zeigt sich, dass der Anteil der Suchtkranken und Klienten mit Doppeldiagnosen relativ konstant geblieben ist.

Psych KG-Unterbringungen 2011

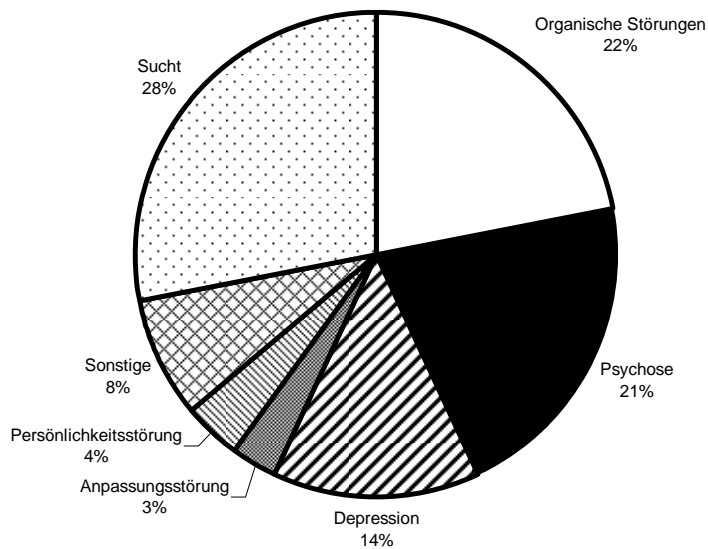


Abb. 3: Anteil der Unterbringung nach dem Psych KG in Prozent im Jahr 2011

Bei der Aufteilung der Unterbringungen im Kreis Euskirchen nach dem Psychisch Krankengesetz zeigt sich ein ähnliches Bild. Der Anteil der Suchtkranken mit 28% steht hier einem Anteil von insgesamt 72% psychisch Erkrankter gegenüber (Abb.3).

Die Ursache für den stetigen Anstieg der psychischen Erkrankungen scheint in den gesellschaftlichen Veränderungen zu liegen. Insbesondere hat die neue Sozialgesetzgebung (u.a. Hartz IV) und Gesundheitsreform (u.a. Facharztmangel, kürzere Krankenhausaufenthalte) Auswirkungen auf die Klientenstruktur. Erhöhter sozialer Stress wirkt sich nachteilig auf die Gesundheit aus.

Auch die zunehmende Verarmung und Verunsicherung in den Lebenssituationen bewirkt bei psychisch labilen Menschen zunehmenden Beratungs- und Betreuungsbedarf. Auswirkungen auf die praktische Arbeit hat dies insbesondere auf die Form der Hilfen. Da vorrangig Akuthilfen notwendig sind, treten längerfristige intensive Begleitung und Unterstützung in den Hintergrund. Daher ist die gesetzlich verankerte Vor- und Nachsorge nicht adäquat möglich. Schwerpunktmäßig werden daher die Überprüfung von Gefährdungssituationen und die Organisation von Hilfen (case management) nötig.

Vor dem Hintergrund der bereits oben beschriebenen gesetzlichen Veränderungen soll eine beispielhafte Situation die Problematik verdeutlichen: Es wird ein Klient auf Grund seiner psychischen Erkrankung (z.B. Depression mit der Folge der sozialen Isolation) seinen Mitwirkungspflichten bei Behörden (Jobcenter, Agentur für Arbeit,...) nicht gerecht. Als Folge entstehen z.B. Zahlungssperrungen, die wiederum zu einer Verschärfung der Lebenssituation führen, da die Rechnungen nicht mehr beglichen werden können und der Lebensunterhalt nicht mehr sichergestellt ist. Der daraus resultierende Wegfall der Krankenversicherung oder und eine Räumungsklage lassen einen akuten Hilfebedarf entstehen. Wenn keine Bezugspersonen vorhanden sind, kann in einer solchen Situation in der Regel nur der Sozialpsychiatrische Dienst eingreifen.

Die Veränderungen im Gesundheitssystem machen sich z.B. in folgenden Situationen bemerkbar. Die Anbindung an einen niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie oder Psychotherapeuten ist erschwert worden, da diese erst nach langer Wartezeit möglich (Fachärzte ca. 3 - 4 Monate, Psychotherapeuten ca. ½ - 1 Jahr) ist. Eine weitere Entwicklung ergibt sich aus den Verkürzungen der stationären Krankenhausbehandlungen, die schon seit mehreren Jahren zu beobachten sind.

Laut Pressemitteilung vom 13.08.12 der BKK (s. Abb. 4) ist der Krankenstand wieder auf das Niveau von 1999 gestiegen, wobei die psychischen Erkrankungen einen bisherigen Höchststand erreicht haben. Ihr Anteil erhöhte sich stetig seit 1976 mit 2%, über 7,5 % (2004) bis 13,2% im Jahr 2011an.

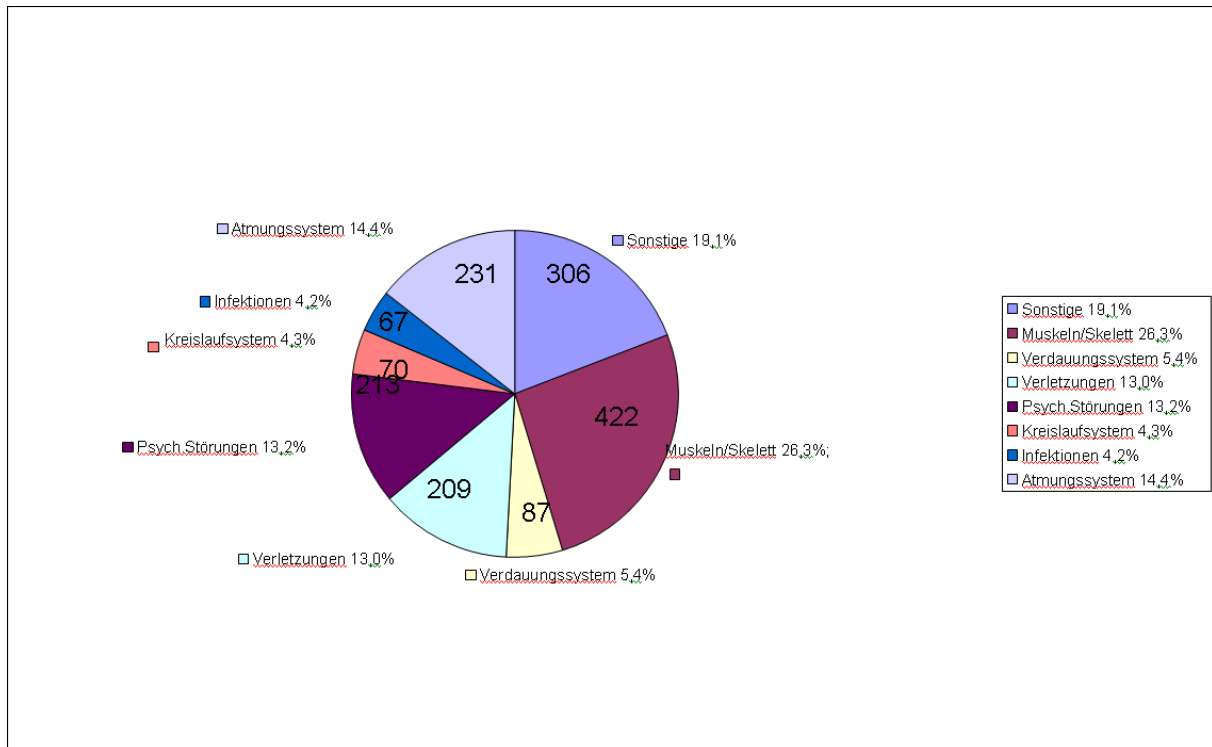


Abb. 4: Prozentuale Verteilung der häufigsten Erkrankungen je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder der BKK und Anzahl der Krankheitstage

Zudem kann diese Situation auch zu weniger intensiver Vorbereitung der Nachsorge durch den Krankenhaussozialdienst führen. Schon kurze Zeit nach der Entlassung benötigen diese Patienten häufig erneut Unterstützung. Sofern keine anderen Personen (Angehörige, gesetzliche Betreuer) vorhanden sind, fallen diese in die Zuständigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

4.2 Fallbeispiele

(Namen, Orts- und Datumsangaben geändert)

4.2.1 Fallbeispiel Demenz

Frau J. wurde am 16.09.2011 unserem Sozialpsychiatrischen Dienst über einen Hinweis des Ordnungsamtes bekannt. Dem Ordnungsamt sei von einer Nachbarin gemeldet worden, dass Frau J. von ihrem Mann und ihrem erwachsenen Sohn verprügelt werde. Der Sohn sei geistig behindert und arbeite in einer Werkstatt für geistig behinderte Personen. Frau J. selbst, die ca. 75 Jahre alt sei, mache einen verwirrten und desorientierten Eindruck. Für weitere Hinweise wurde die Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes an die Nachbarin Frau P. verwiesen.

Im Telefonat mit der Nachbarin vom selbigen Tag schilderte diese, dass es schon seit längerem verbale Auseinandersetzungen in der Familie gebe. Auch habe Frau J. schon mal bei ihr aus Angst vor häuslicher Gewalt Schutz gesucht.

Vor einigen Tagen habe sich folgender Vorfall ereignet: Frau J. sei wieder am ganzen Körper zitternd in einem verwirrten Zustand draußen herumgelaufen und habe angegeben, wieder geschlagen worden zu sein. Sie habe nicht mehr gewusst, wo sie wohnt. Die Nachbarin habe sie dann nach Hause zurück gebracht und mit Herrn J. Senior gesprochen. Dieser sei abgemagert bis auf die Knochen und habe angegeben, seine Frau nehme ihre Medikamente wegen ihrer Demenzerkrankung nicht immer. Über die Äußerung seiner Frau, dass sie in ein Heim gehen möchte, habe Herr J. gesagt, dass er das auf keinen Fall wolle, weil dann sein "Haus drauf gehe".

Dieser Vorfall sei Anlass gewesen, dass die Nachbarin sich an die Bezirkspolizei gewandt habe. Die Polizei habe dann das Ordnungsamt hinzugezogen.

Am 19.09.2011 erfolgte ein Hausbesuch von einem Psychiater und einer Sozialarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Der Psychiater diagnostizierte eine ausgeprägte Demenz.

Bezüglich der erwähnten Vorfälle gaben beide unabhängig voneinander befragt an, dass die Schilderung der Nachbarin so nicht stimme und dass alles in bester Ordnung sei. Auch wolle Frau J. in ihrem häuslichen Umfeld verbleiben. Der ca. 50-jährige geistig behinderte Sohn war zu dem Zeitpunkt des Hausbesuches nicht anwesend.

Anschließend erfolgte die psychiatrische und sozialarbeiterische Einschätzung, dass bei Frau J. aufgrund ihrer schweren demenziellen Erkrankung eine latente Eigengefährdung bestehe, was zur Anregung einer gesetzlichen Betreuung führte.

Am 29.09.11 teilte die Nachbarin unserem Sozialpsychiatrischen Dienst telefonisch mit, dass Herr J. Senior im Krankenhaus aufgenommen worden sei. Sie habe den Eindruck, dass Frau J. ohne ihren Mann völlig hilflos sei. So habe Frau J. z.B. nicht gewusst, wie sie die Haustür aufschließen könne und habe dabei Hilfe gebraucht. Die Nachbarin habe die Befürchtung, dass Frau J. sich einschließen könnte und dann nicht mehr in der Lage wäre, die Tür zu öffnen.

Aus unserer Sicht lag jetzt eine Krisensituation, genauer bezeichnet eine psychiatrische Notfallsituation vor, was sofortiges Handeln erforderlich macht. Aus diesem Grund erfolgte noch am selben Tag ein Hausbesuch der zuständigen Sozialarbeiterin und des Psychiaters.

Frau J., die krankheitsuneinsichtig und zu einer realitätsgerechten Einschätzung ihrer Situation nicht in der Lage war, wehrte sich zunächst gegen eine Krankenhausbehandlung. Sie ließ sich aber schließlich überzeugen, mit den Sanitätern zu fahren, die zwischenzeitlich hinzugezogen worden waren. Sie wurde in eine nahe gelegene psychiatrische Klinik eingeliefert.

Außerdem wurde von uns der Sozialdienst der Behindertenwerkstatt über die Krankenhausunterbringung der Eltern informiert. In gemeinsamer Koordination wurde in Absprache mit behandelnden Ärzten und der Regionalmanagerin des Landschaftsverbands Rheinland eine Unterbringung des Sohnes in einem Wohnheim organisiert, da dieser Zeit seines Lebens von den Eltern versorgt worden war. Selbständig war er nicht in der Lage, seinen Tagesablauf zu gestalten und Kontakt zu den Nachbarn aufzunehmen.

Einen Tag später wurde der Sozialpsychiatrische Dienst darüber informiert, dass Herr J. Senior verstorben war. Dies und auch die Hintergründe der Krankenhausunterbringung wurde der behandelnden Psychiaterin mitgeteilt. Die Psychiaterin teilte noch mit, dass Frau J. aufgrund ihrer schweren Demenz einen sofortigen Unterbringungsbeschluss gemäß PsychKG § 14 erhalten werde, sollte sie die Station zu verlassen versuchen. Der Sozialpsychiatrische Dienst regte zeitlich für den geistig behinderten Sohn eine Eilbetreuung an mit dem besonderen Hinweis auf die zu organisierende Beerdigung des Vaters mangels weiterer Angehörigen.

Am 09.10.2011 erfolgte die richterliche Anhörung des Sohnes. Dessen gesetzlicher Betreuer informierte den Sozialpsychiatrischen Dienst, dass heute auch die Anhörung der Mutter stattfinden solle.

Anmerkung:

Anhand dieses Fallbeispiels wird erkennbar, wie leicht Demenzerkrankungen aufgrund der damit verbundenen Hilflosigkeit zu akuter Eigengefährdung führen können, besonders dann, wenn das soziale Versorgungssystem nicht mehr besteht. Ebenso kann bei Vorliegen einer geistigen Behinderung in Verbindung mit eingeschränkten alltagspraktischen Fähigkeiten und einem fehlenden sozialen Netzwerk die sofortige Hilfe eines aufsuchend arbeitenden Kriseninterventionsdienstes erforderlich sein. Diese spezielle Form der Hilfe wird im Kreis Euskirchen in der Regel nur vom Sozialpsychiatrischen Dienst geleistet.

Im Verlauf einer demenziellen Erkrankung kann es auch zu Symptomen wie Ängstlichkeit, Getriebenheit und wahnhaften Symptomen sowie Halluzinationen kommen. Im Nachhinein kann dann nicht mehr beurteilt werden, wie begründet die Hinweise auf häusliche Gewalt sind.

4.2.2 Fallbeispiel Burnout

Herr P. wandte sich per E-Mail an den Sozialpsychiatrischen Dienst. Er sei gerade aus dem Krankenhaus entlassen worden und benötige nachsorgende Hilfe, da er sich zu Hause überfordert fühle.

Bei Herrn P. handelte es sich um einen 59-jährigen Lehrer, der unter Depressionen und zeitweiliger Medikamentenabhängigkeit als Folge eines Burnout-Syndroms* litt. Er hatte eine 12-jährige Tochter und lebte mit seiner dritten Ehefrau zusammen. Er war in ambulanter psychiatrischer Behandlung, hatte jedoch keine weiteren Hilfen zur Stabilisierung. Nach Auskunft der Fachklinik, in der er behandelt wurde, leide Herr P. an einem ausgeprägten Burnout-Syndrom. Die Empfehlung der Klinik war daher die Beantragung der vorzeitigen Zurruesetzung.

In einem mehrwöchigen Beratungssetting konnte Herr P. über Entlastungsgespräche vorläufig stabilisiert werden. Er wurde zudem motiviert, die ambulante psychiatrische Behandlung fortzusetzen und medikamentös (Antidepressiva) zu unterstützen. Dies musste jedoch wegen der Rückfallgefahr des Medikamentenmissbrauchs verantwortungsvoll begleitet werden.

Es stellte sich heraus, dass er einen erneuten Arbeitsversuch machen wollte, er hierbei jedoch Hilfen zur Stabilisierung benötigte.

Ein erneuter Antrag auf stationäre Entwöhnungsbehandlung wurde notwendig, da er sich schon über mehrere Jahre in einem labilen Zustand befand. Es zeigte sich, dass zur Entwicklung des späteren Burnouts eine sehr frühe, lang anhaltende Überforderung beigetragen hatte. Er konnte zwar viele Jahre stabil bleiben, durch einen Verkehrsunfall sowie den Verlust seiner langjährigen Arbeitsstelle dekompenzierte er. Kurze Zeit später lernte er auch seine jetzige Frau kennen und wurde Vater. Hier entstand eine erneute Überforderungssituation, die bis heute anhält. Daraus entwickelte sich der Missbrauch von beruhigenden Medikamenten. Es folgten verschiedene Klinikaufenthalte und berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen. Er arbeitete wieder als Lehrer, hatte es jedoch bisher nicht ausreichend gelernt, mit den Überforderungen und Stresssituationen umzugehen. Daher zeigten sich die bekannten Symptome erneut. Im Beratungssetting zeigte er ausreichend intrinsische Motivation (inneren Anreiz), wieder in das Arbeitsleben zurückzukehren. Der Antrag auf stationäre Rehabilitation wurde somit gestellt.

Er hatte Sorge nicht rechtzeitig in der Fachklinik aufgenommen zu werden, da er der häuslichen Situation nicht gewachsen war. Wenn seine berufstätige Ehefrau außer Haus war, war er oft mit der kränklichen, adoleszenten Tochter alleine. Erschwerend machte sich Antriebslosigkeit bemerkbar, zudem wurde er zunehmend depressiver und begann wieder mit leichtem Medikamentenmissbrauch.

Der Sozialpsychiatrische Dienst setzte sich nunmehr dafür ein, möglichst schnell eine Kostenzusage für die stationäre Entwöhnungsbehandlung zu erhalten. So konnte schließlich die Aufnahme beschleunigt werden.

* Nach der Beurteilung von Fachärzten ist das "Burnout" keine eigenständige Erkrankung, sondern setzt sich aus verschiedenen Symptomen zusammen z.B. Depression, Suchtmittelmissbrauch, Schlaflosigkeit, Angststörung etc.

(Siehe auch Dr. Manfred Lütz u.a. Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und Chefarzt des Alexianer-Krankenhauses in Köln-Porz, zu seinem neuesten Buch "Bluff" in Rhein-Neckar-Zeitung vom 24.09.2012).

Des Weiteren wurde der Klient beraten und motiviert, eine ambulante Psychotherapie nach der stationären Behandlung in die Wege zu leiten, um den späteren Arbeitsprozess erfolgreich zu begleiten.

Durch die Unterstützung des Sozialpsychiatrischen Dienstes konnte er wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert und seine familiäre Situation konnte hierüber ebenfalls stabilisiert werden.

Die Intervention durch den Sozialpsychiatrischen Dienst wurde notwendig, da die behandelnde Klinik keine entsprechende Nachsorge organisiert hatte. Es zeigt sich auch, dass bei psychischen Erkrankungen unabhängig von der sozialen Schicht, schwierige Situationen auftreten können.

4.2.3 Fallbeispiel Psychose

Im Jahr 2008 vereinbarten die Eltern des damals 28-jährigen Herrn Z. erstmalig ein Angehörigengespräch mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Ihr Sohn sei psychisch erkrankt. Er habe nach der Hauptschule in verschiedenen Betrieben im Lager und in der Produktion gearbeitet. Eine Ausbildung habe er nicht machen wollen. Eine feste Freundin habe er einige Jahre gehabt und als die Freundin schwanger wurde seien beide zusammengezogen. Die Partnerschaft sei ungefähr 1 Jahr nach der Geburt des gemeinsamen Kindes gescheitert. Die Freundin habe sich dann getrennt und sei mit dem Kind verschwunden. Ihr Aufenthalt sei unbekannt. Der Sohn sei daraufhin mit Mitte zwanzig wieder ins Elternhaus gezogen.

Zunächst habe er noch bei verschiedenen Zeitarbeitsfirmen jobben können. Er habe sich aber zunehmend isoliert und verändert und konnte auch der Erwerbstätigkeit nicht mehr nachgehen. 2005 sei er dann nach auffälligem Verhalten im Straßenverkehr erstmalig in stationäre mit der Diagnose schizophrene Psychose aufgenommen und behandelt worden. Nach dem Krankenhausaufenthalt habe Herr Z. nach kurzer Zeit die Medikamente abgesetzt und sich nicht in fachärztliche nachsorgende Behandlung begeben.

Die aktuelle Situation 2008 schildert die Mutter wie folgt: Ihr Sohn habe keine Krankheitseinsicht und werde Nachbarn gegenüber ausfällig. Er trinke nunmehr Alkohol und habe kein Einkommen mehr, da er seine Termine beim Jobcenter nicht einhalte. Er habe Halluzinationen und spreche laut mit imaginären Personen. Einmal habe er sich die Haare abgeschnitten, ein anderes Mal habe er sich das Gesicht bunt angemalt. Die Eltern wollen versuchen, eine gesetzliche Betreuung beim Amtsgericht zu beantragen.

Danach bricht der Kontakt zur Familie trotz Nachfrage durch den Sozialpsychiatrischen Dienst erst einmal ab. Später stellte sich heraus, dass die Mitarbeiterin auf einen Anrufbeantworter Rückrufbitten hinterlassen hatte, der defekt war.

Nach fast 2 Jahren wendete sich die Familie 2010 wieder an den Sozialpsychiatrischen Dienst. Die Situation war unverändert; der Sohn hatte keine Krankheitseinsicht und eine Behandlung war nicht erfolgt. Eine gesetzliche Betreuung konnte nicht angeregt werden, da der Sohn sich weigerte und von der Familie kein Attest beim Amtsgericht vorgelegt werden konnte, um das Verfahren zu eröffnen.

Herr Z. hatte sich in seine eigene Welt zurückgezogen, er sprach nicht mit Angehörigen, war körperlich ungepflegt und sein Zimmer war verwahrlost. Er hatte kein Einkommen und wurde durch seine Eltern mit versorgt. Die Situation war für die Angehörigen belastend und angespannt, zudem bestanden wirtschaftliche Probleme. Herr Z. wurde zu einem Gespräch eingeladen. Da er daraufhin nicht reagierte, erfolgte ein Hausbesuch. Er war gesprächsbereit und äußerte sich psychotisch, wahnhaft. Seine Stimmung war wechselhaft und die Gedankengänge zeigten sich abschweifend und sprunghaft. Ein Krankheits- oder Problembewusstsein fehlten gänzlich. Zudem wurde jeglicher krankheitsbedingte Hilfebedarf verneint. Er beschrieb nur den Wunsch nach einer Wohnung und einem Einkommen bzw. einer Arbeit. Über den Wunsch nach einer eigenen Wohnung wurde versucht, die Zustimmung zu einer gesetzlichen Betreuung zu erreichen, dies gelang leider nicht.

Aufgrund der fehlenden akuten Gefährdung war trotz massiven Krankheitsgeschehens rechtlich kein Eingriff gegen den Willen des Erkrankten möglich. Herr Z. ließ im Verlauf Vereinbarungen und Folgetermine platzen. Trotzdem wurde ein enger Kontakt zur Familie gehalten, da mit selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten (z.B. aggressiven Ausbrüchen oder Bedrohungen) jederzeit zu rechnen war. Letztendlich konnte doch noch ein Antrag ohne Zustimmung des Betroffenen auf eine gesetzliche Betreuung gestellt werden, um eine stationäre Behandlung zu ermöglichen.

Zwei Monate nach dem ersten Hausbesuch und persönlichen Kontakt zu Herrn Z. erfolgte dann der Hilferuf an den Sozialpsychiatrischen Dienst, der eine unmittelbare Krisenintervention und Prüfung der Notwendigkeit einer sofortigen geschlossenen Unterbringung in einer psychiatrischen Abteilung nach PsychKG auslöste. Herr Z. hatte in seinem Zimmer einige Papiere und Abfälle angezündet. Auch wenn durch den Brand noch kein Schaden entstanden war, war eine Zwangseinweisung aufgrund der bekannten Vorgeschichte, der aktuellen Situation und psychischen Verfassung möglich. Ein Vertreter des örtlichen Ordnungsamtes war bei den Besuchen und bei der Überprüfung anwesend.

Die Einweisung bedeutete nach Jahren einen Wendepunkt im Verlauf der Erkrankung. Im Anschluss an die Behandlung in einer geschlossenen Abteilung war eine Weiterbehandlung auf einer offenen psychiatrischen Station möglich. Behutsam ließ sich für das laufende Betreuungsverfahren ein Einverständnis erzielen, so dass die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers noch während der stationären Behandlung erfolgen konnte. Herr Z. konnte nach einem 9-wöchigen Krankenhausaufenthalt in eine eigene Wohnung im Rahmen von betreutem Wohnen für Menschen mit psychischer Behinderung ziehen. Über Monate hinweg entwickelte sich bei Herrn Z. eine Akzeptanz gegenüber der Erkrankung und eine Einsicht in die Notwendigkeit von ärztlicher, medikamentöser und persönlicher Unterstützung. Maßnahmen zur beruflichen Integration konnten nun folgen.

Der Sozialpsychiatrischer Dienst ist verpflichtet, bei Bedarf aufsuchend zu arbeiten. Er darf aber keine ambulante medikamentöse Behandlung durchführen. Das geschilderte Beispiel zeigt die lange Zeitspanne, bis die Behandlung einer Psychose möglich wird.

4.2.4 Fallbeispiel Krise, psychosoziale Problematik

Herr K., 56jährig, wurde dem Sozialpsychiatrischen Dienst vom Jobcenter gemeldet. Herr K. war dort seit Längerem als Arbeitslosengeld II-Empfänger bekannt. In den letzten Monaten fiel er dadurch auf, dass er zunehmend gereizt im Jobcenter vorstellig wurde. Er sei den Angestellten im Jobcenter gegenüber sehr vorwurfsvoll gegenüber getreten und habe beim Verlassen des Jobcenters gesagt, "dann könne man sich ja gleich erhängen". Die Meldung des Jobcenter erfolgte nunmehr aus Sorge aufgrund der letztgemachten Bemerkung. Herr K. wurde unmittelbar nach der Meldung per Telefon kontaktiert. Er nahm das Angebot eines unmittelbaren Beratungsgesprächs am Meldetag an.

Soziale Anamnese:

Herr K. war von 1978 bis 2001 verheiratet. Er hat einen Sohn, zu dem nur noch gelegentlich Kontakt besteht. Früher hatte er viele Sozialkontakte im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit. Nach der Trennung von seiner Ehefrau hatte er noch einige kurzzeitige Beziehungen. Zum Zeitpunkt des Gesprächs bestand keine Partnerschaft, lebte allein und hatte wenig Sozialkontakte.

Berufsanamnese:

Realschulabschluss, abgeschlossene kaufmännische Ausbildung mit anschließender Tätigkeit in einem Warenhaus, zuletzt als Abteilungsleiter bis 1997.

Seit 1998 war er als Handelsvertreter tätig und hatte bis 2008 dreimal den Arbeitgeber gewechselt. Während seiner letzten Tätigkeit war er viel mit dem Pkw unterwegs und musste oft in anderen Städten übernachten. Seit 2008 war er arbeitslos, seit 2010 Arbeitslosengeld II-Empfänger.

Körperliche Vorerkrankungen:

Er erlitt 2006 einen Herzinfarkt, 2007 ereignete sich ein Bandscheibenvorfall und seit über 10 Jahren bestanden Wirbelsäulenbeschwerden,

Psychiatrische Vorerkrankungen:

Er gab an, noch nie psychiatrisch behandelt worden zu sein. Ernsthafte psychiatrischen Vorerkrankungen waren nicht bekannt. Ein Selbstmordversuch war noch nicht vorgekommen.

Zusammenfassung der weiteren Angaben:

Herr K. berichtete, dass er sich mit seiner Ehefrau und seinem Sohn auseinander geliebt habe. Die Trennung sei im Einvernehmen gewesen. Aufgrund seiner letzten Tätigkeit sei er viel unterwegs und habe arbeitsbedingt viele Sozialkontakte gehabt. Er habe in der Zeit auch ganz gut Geld verdient und habe zu Leben verstanden.

Bedingt durch die körperlichen Erkrankungen sei es 2006 und 2007 zu längeren Krankheitszeiten gekommen. Er ging davon aus, dass aus diesem Grund sein letzter Arbeitsvertrag nicht verlängert wurde.

In der Arbeitsvermittlung habe man ihm dann mitgeteilt, dass er alters- und krankheitsbedingt für nicht mehr vermittelbar gehalten werde.

Trotz vieler Bemühungen habe er keine Anstellung mehr gefunden. Zunächst habe er durch Ersparnes noch etwas Geld gehabt. Nun müsse er nur jedoch von Arbeitslosengeld II leben. Er fühle sich dadurch sehr eingeschränkt und dies sei auch der Grund für die wenigen Sozialkontakte. Die zunehmende finanzielle Knappheit belaste ihn sehr.

Er war sehr gekränkt durch seinen Status als "Sozialhilfeempfänger" und fühlte sich durch das Verhalten der Mitarbeiter des Jobcenters als Bittsteller. Er gab an, dass seine derzeitige Situation nur schwer zu ertragen sei und dass er suizidale Gedanken habe, ohne konkrete Planung. Die gemachten Äußerungen im Jobcenter seien in Erregung erfolgt.

Psychischer Befund:

Zeitlich, örtlich, situativ und zur Person war Herr K. voll orientiert. Die Auffassung und die Konzentration waren ausreichend. Die Stimmung war sehr depressiv und zum Teil im Gespräch auch sehr angespannt. Der Antrieb war leicht gemindert. Der Gedankengang war durch Grübeln geprägt. Psychotischen Symptome konnten nicht festgestellt werden. Er wirkte sehr gekränkt mit Selbstmordgedanken. Glaubhaft konnte er sich von akuter Eigen- und Fremdgefährdung distanzieren.

Interventionsverlauf:

Es erfolgte am Meldetag ein ärztliches Krisengespräch zur Entlastung für den Klienten und zur Beurteilung der Suizidalität. Zwei Tage später erfolgte ein zweites ärztliches Gespräch, weitere erfolgten anschließend mit größeren Abständen bis Herr K. in eine Institutsambulanz vermittelt werden konnte.

4.2.5 Fallbeispiel "Verwahrlosung"

Herr L. wurde vom Sozialpsychiatrischen Dienst aufgesucht, nachdem der Nachbar und Hausverwalter um Intervention bat.

Der 76jährige Mann wohnte alleine in einer Eigentumswohnung in einem Hochhaus. Verwandte und Freunde waren nicht bekannt. Infolge einer Knieoperation war er stark gehbehindert und konnte sich nur mit Gehstöcken fortbewegen. Der Hausverwalter hatte nach einem vermeintlichen Wasserrohrbruch Zutritt bekommen und eine völlige Verwahrlosung angetroffen.

Beim Hausbesuch bestätigte sich dieses Bild (siehe Fotos auf Seite 27). Es war nur mit Schutzkleidung möglich, sich einen Weg zu Herr L. zu bahnen. Der Weg führte durch einen mit verschimmelten Lebensmitteln, Müll und Exkrementen zugestellten Flur mit extremer Geruchsbildung. Ungeziefer war bereits vorhanden, welches sich bei der warmen Innen- und Außentemperatur im Frühsommer hätte schnell weiter vermehren können. Das Bad war aufgrund der extremen Verschmutzung nicht mehr benutzbar und die Toilettenverstopfung zeigte sich schließlich als Ursache für den entstandenen Wasserschaden. Er selbst befand sich im hinteren Bereich der Wohnung, in einem ebenfalls verwahrlosten Wohnzimmer und auf einem völlig verschmutzten Sofa, welches ihm auch als Bett diente. Er gab an, schon lange nicht mehr eingekauft zu haben und sich von Konserven und herumliegenden Lebensmitteln ernährt zu haben, deren Haltbarkeit deutlich überschritten war.

Es wurden daraufhin das Ordnungsamt und die Hygienekontrolleure der Abteilung Gesundheit informiert. Das Ordnungsamt stellte zwar die Unbewohnbarkeit der Wohnung fest, dem Klienten konnte jedoch zu diesem Zeitpunkt keine passende Alternative angeboten werden.

Herrn L wurde die Hilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes angeboten, dies lehnte er jedoch ab. Er zeigte sich anfangs uneinsichtig dahingehend, dass diese Lebensumstände unwürdig und sogar gesundheitsgefährdend seien. Erst nach einem längeren

Gespräch gelang es, Herrn L. zum Verlassen der Wohnung zu bewegen. Aufgrund seines schlechten Allgemeinzustandes, der Gehbehinderung und einer vermuteten psychischen Erkrankung wurde er in die psychiatrische Abteilung des zuständigen Krankenhauses eingewiesen.

Herr L. war nicht mehr in der Lage, sich und seine Lebenssituation realistisch einzuschätzen. Er konnte seinen Alltag nicht mehr bewältigen und die Versorgung war nicht mehr gewährleistet. Es gab keine Verwandten oder Bekannten die sich um ihn hätten kümmern können. Daher wurde vom Sozialspsychiatrischen Dienst, gegen seinen Willen, eine gesetzliche Betreuung beantragt. Dieses Verfahren zeigte sich besonders schwierig, da sich die diagnostische Einschätzung als problematisch zeigte und eine „Diagnose Verwahrlosung“ alleine nicht ausreicht, um eine gesetzliche Betreuung zu rechtfertigen. Schließlich konnte sie dennoch eingerichtet werden.

Deutlich wurde bei diesem Fall, dass keine andere Behörde oder Institutionen die Situation hätte lösen können. Die Notwendigkeit der Intervention des Sozialpsychiatrischen Dienstes wurde im Nachhinein bestätigt. Es bestand nicht nur Eigen- sondern auch Fremdgefährdung, da bei Herrn L. eine funktionstüchtige, durchgebohrte Pistole gefunden wurde. Herr L. hatte sich Zeit seines Lebens kein eigenes Leben aufgebaut, sondern nur mit seiner Mutter, bis zu deren Tode, zusammengelebt. Aus der Zeit dieses Zusammenlebens wurden die ältesten Lebensmittel in der Wohnung, aus den siebziger Jahren, gefunden worden.

Der gesetzliche Betreuer hat schließlich die Wohnung entmüllen lassen und Herr L. in einem Seniorenheim untergebracht, dennoch zeigte er sich weiterhin sehr uneinsichtig und nicht kooperativ.

Später wurde eine weitere Waffe sichergestellt, die er im Seniorenheim in seinem Schrank versteckt hatte. Zudem wurde ein großes Vermögen bekannt.



Abb.5

5. Schlussbemerkung

In dem vorliegenden Bericht ist die komplexe Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes und die Notwendigkeit hoher Flexibilität beschrieben worden. Besonders sei noch einmal auf die Spannungsfelder Recht auf Selbstbestimmung, dem Schutzbedürfnis der Gesellschaft und auf die Erwartungen der Melder sowie die gesetzlichen Möglichkeiten, die dem Sozialpsychiatrischen Dienst offen stehen, hingewiesen. Zu erwähnen ist ebenso die Unterscheidung zwischen krankheitsbedingtem und kriminellem Verhalten, Freiheit zum Anderssein und Toleranz der Gesellschaft.

Die vorliegenden Ausführungen zeigen auch Ursachen für die steigenden Fallzahlen auf, wie z.B. der Wegfall anderer Hilfen, lange Wartezeiten im ambulanten Gesundheitssystem, kürzere Verweildauer in Krankenhäusern und das zunehmende Alter in der Gesellschaft (demografischer Wandel).

Aufgrund der steigenden Fallzahlen ist es nicht immer möglich, dass zu allen Meldungen ein zeitnaher persönlicher Kontakt erfolgt. Erforderlich ist daher, dass täglich neue Prioritätsentscheidungen getroffen werden müssen. Oft steht leider die Zeit für eine vor- und nachsorgende Hilfe, wie im PsychKG gefordert, nicht zur Verfügung. Eine kompetente Intervention mit vor- und nachsorgender Hilfe hat jedoch erheblichen Einfluss auf die Prognose für die soziale Integration der Betroffenen. Wünschenswert ist Zeit zu einer Hilfeleistung, die die Ursache der Krise beseitigen oder mindern kann. Wünschenswert wäre auch eine beratende Tätigkeit von Betroffenen, Angehörigen und dem sozialen Umfeld, die häufig gegenüber der Akutintervention zurücktreten muss.

Insofern ist in den letzten Jahren eine Entwicklung zur Akuthilfe mit gesteigertem Zeitdruck und Arbeitsaufwand in einem rechtlich schwierigem Umfeld für die Mitarbeiter/innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu beobachten.

Ansprechpartner:

Marlies Rank, Sekretariat des Sozialpsychiatrischen Dienstes _____ 02251/15-466
Herr Andreas Korth, Facharzt für Psychiatrie _____ 02251/15-465
Birgit Beck, Diplom-Sozialarbeiterin _____ 02251/15-481
Rosemarie Kastrau, Diplom-Sozialarbeiterin _____ 02251/15-492
Isabell Leonhard, Diplom-Sozialpädagogin _____ 02251/15-479