

Unterstützung in Krisen - außerhalb von Krankenhäusern Sozialpsychiatrischer Dienst

Ein Baustein bei der Versorgung von psychisch kranken Menschen in krisenhaften Situationen sind die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpD).

Gesetzliche Grundlage für den Dienst sind das Gesundheitsdienstgesetz (GDG) und das Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG).

Die 12 Sozialpsychiatrischen Dienste in Berlin, die alle Teil der bezirklichen Gesundheitsämter sind, betreuen zurzeit ca 46.000 psychisch kranke Menschen, davon sind ca 1/3 suchtkrank. Im Jahr gibt es ca 14.000 Zugänge, davon sind ca.11.000 Neumeldungen. Die SpDs arbeiten multiprofessionell (Ärztinnen/Sozialarbeiterinnen/Psychologinnen/Verwaltungsangestellte). Eine Sozialarbeiterin betreut ca 350 bis 400 laufende Fälle. Bei einem Sozialarbeiter/Arzt-Verhältnis 1:2 bzw 1:3, ist eine Ärztin für 800 bis 1200 Menschen zuständig.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste haben eine beratende Funktion, wenn es um psychisch kranke, suchtkranke und geistig behinderte erwachsene Menschen geht. Die Beratung kann jeder in Anspruch nehmen, Betroffene, Angehörige, Nachbarn, soziales Umfeld.

Der Sozialpsychiatrische Dienst betreut den oben genannten Personenkreis, was bei den Fallzahlen natürlich nur sehr eingeschränkt möglich ist und sich häufig auf eine koordinierende Funktion, temporäre Begleitung und Unterstützung bei der Erlangung von Leistungen durch gutachterliche Stellungnahmen beschränkt.

Im Rahmen der gemeindenahen Versorgung und personenzentrierter Hilfen sind 12 in sich geschlossene Versorgungssysteme entstanden, in denen die Kliniken, die Sozialpsychiatrischen Dienste, freie Träger und andere an der Versorgung Beteiligte eng zusammenarbeiten.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste in Berlin sind Montag bis Freitag von 8.00 h bis 16.00 h und Donnerstag bis 18.00 h zu erreichen. Nach 16.00 h und am Wochenende ist der Berliner Krisendienst bei Krisen ansprechbar .

Die Krise

Bei einer telefonischen Meldung wird zunächst geklärt, ob die Situation es erfordert, dass Ärztin und Sozialarbeiter alles stehen und liegen lassen und sich auf den Weg machen um vor Ort nach Unterstützungsmöglichkeiten zu suchen bzw. in einer angemessenen Frist ein Hausbesuch verabredet wird. Der gemeinsame Hausbesuch von Arzt und Sozialarbeiterin ist ein spezielles Angebot des SpDs.

Nach §3 PsychKG: *(1) Ziel der Hilfen ist es, durch rechtzeitige und umfassende Beratung und persönliche Betreuung sowie durch Vermittlung oder Durchführung geeigneter Maßnahmen, insbesondere von Behandlung, eine Unterbringung des psychisch Kranken entbehrlich zu machen...*

wird versucht mit den Beteiligten, vor allem den Betroffenen Angebote zu machen, um die Krise zu entschärfen. Gelingt dies nicht, besteht auch die Möglichkeit der zwangsweisen Unterbringung nach PsychKG.

§ 8 Voraussetzungen der Unterbringung

(1) Psychisch Kranke können nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe a gegen oder ohne ihren Willen nur untergebracht werden, wenn und solange sie durch ihr krankheitsbedingtes Verhalten ihr Leben, ernsthaft ihre Gesundheit oder besonders bedeutende Rechtsgüter anderer in erheblichem Maße gefährden und diese Gefahr nicht anders abgewendet werden kann. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt für sich allein keine Unterbringung.

Im Jahr 2011 wurden von den SpDs in Berlin ca 10.000 Krisen bewältigt. Im Bezirk Steglitz-Zehlendorf waren es ca. 1000 Krisen, davon musste in 70 Fällen eine zwangsweise Unterbringung erfolgen, weil es nicht möglich war andere geeignete Maßnahmen zu finden.

Dazu ein fiktives Fallbeispiel aus der täglichen Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes, mit verschiedenen Verläufen:

Eine Zehlendorfer Bürgerin kommt in die Sprechstunde, und schildert die Situation über ihren psychisch kranken 32 Jahre alten Sohn, der zuhause verwahrloste, sie streckenweise verbal bedroht, bereits mehrfach wegen einer schizophrenen Psychose in stationärer Behandlung gewesen sei, inzwischen aber jegliche Behandlung/Hilfe ablehne.

Je nach Schilderung und Einschätzung kann hier sofort ein Hausbesuch erfolgen, bzw. am darauffolgenden Tag.

Herr B. wird zeitnah in unsere Sprechstunde eingeladen, erscheint aber nicht, Wir melden uns schriftlich zu einem Hausbesuch an und werden von Herrn B. auch empfangen.

Dabei zeigen sich typische produktiv-psychotische Symptome einer schizophrenen Erkrankung. Herr B. berichtet, dass er vom BND überwacht und beobachtet werde und dass man ihn in der Wohnung bestrahle und fremde Gedanken über Telepathie eingebe. Er lebt ohne jeglichen sozialen Kontakt in einer relativ heruntergekommenen Wohnung.

Im Gespräch lässt sich Herr B. überzeugen einen Arzt aufzusuchen, weil ihn die Bestrahlungen sehr anstrengen und belasten und er etwas zur Beruhigung benötigt.

Im Verlauf lässt sich Herr B. auch durch uns nicht zur Inanspruchnahme einer ärztlich-psychiatrischen Behandlung motivieren, so dass wir schließlich eine gesetzliche Betreuung für die Bereiche Aufenthalt, Heilbehandlung, Vertretung vor Behörden und Finanzen beim Amtsgericht anregen.

Schließlich wird Herr B. nach BGB untergebracht und in der Klinik über sechs Wochen stationär behandelt. Im Anschluss an die stationäre Behandlung ist Herr B. distanziert von seinem paranoiden Erleben, nicht aber korrigiert. Aufgrund seines ausgeprägten Initiativmangels ist er jetzt erstmalig bereit, psychosoziale Unterstützung in Form Betreuten Einzelwohnens wahrzunehmen. Ein gemeinsamer Behandlungs- und Rehabilitationsplan wird erstellt, in dem vor allem

alltagspraktische Ziele (Haushaltsführung, Tagesstrukturierung, Aufbau sozialer Kontakte) mit ihm vereinbart werden können.

Mit der Unterstützung ist Herr B. zufrieden, stabilisiert sich, nimmt mit Unterstützung eines Einzelfallhelfers Angebote der Kontakt und Beratungsstelle wahr, geht dort regelmäßig zu Gruppenangeboten.

3 Monate später erfolgt ein notfallmäßiger Hausbesuch und die Einweisung nach PsychKG, nachdem Herr B. Im Rahmen eines erneuten Ausbruchs seiner Erkrankung tötlich gegen seine Mutter vorzugehen drohte.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste bewegen sich immer in einem Spannungsfeld von fürsorglicher Belagerung und Unterlassung. Diejenigen, von denen wir gerufen werden werfen uns nicht selten vor, dass wohl immer erst etwas passieren müsse, bevor gehandelt wird. Es ist dann nicht selten schwer zu vermitteln, das bei einer Selbst- oder Fremdgefährdung der Fokus ganz eindeutig auf dem Wort „akut“ liegt, denn wir bringen, im Vorgriff einer richterlichen Entscheidung, einen Menschen auf eine geschlossene Station, entziehen damit die Freiheit, die bekanntermaßen in unserem Staat ein hohes Gut ist. Allein die Tatsache, dass jemand Alkoholiker und starker Raucher ist und noch einen Gasherd in der Wohnung hat rechtfertigt nicht die prophylaktische Unterbringung auf einer geschlossenen Station, auch wenn wir die Angst der Nachbarn, das Haus könne in die Luft fliegen, verstehen können.

Allerdings gibt es in eng gesetztem Rahmen, nämlich bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, oft eben keine Alternative, auch wenn dies von den Betroffenen, in dieser akuten Situation, anders gesehen wird. Die Frage, ob die UN Behindertenrechtskonvention dem entgegensteht ist eine spannende und ich wünsche uns auch von diesem Fachtag einen anregenden Austausch und Erkenntnisgewinn.