

Hilfekoordination für die »Schwierigsten«

Perspektiven des Sozialpsychiatrischen Dienstes VON MATTHIAS ALBERS

Denkt man an Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi), dann denkt man zuerst an einen Dienst, der Hausbesuche bei Patienten mit chronischen Schizophrenien macht. Tatsächlich ist aber das Spektrum von Personen, die vom SpDi betreut werden oder auf die der SpDi von Bürgern und Behörden aufmerksam gemacht wird, sehr viel breiter. Weil die Angebote des SpDi sich zuerst an die richten sollen, die vom Regelsystem nicht er-

und damit auch dieses Beitrags. Wenn wir, mit Klaus Dörner, von den Schwächsten her das Versorgungssystem denken, dann ist offensichtlich, dass

1. bei den schwersten Verläufen psychischer Erkrankungen dysfunktionales Bewältigungsverhalten wie Vermeidung, Aggressivität oder Substanzkonsum (legal oder illegal) zu Abhängigkeitserkrankungen und Wohnungsverlust führt,

gen« der ICD-10 [WHO-Diagnoseklassifikation] haben.

Lernschwierigkeiten nicht vergessen!

Besonders wichtig ist dabei das in der psychiatrischen Diagnostik oft vernachlässigte Kapitel F7, »Intellektuelle Minderbegabung«. Intellektuelle Minderbegabung geht in der Regel einher mit Affektverarbeitungsstörungen. Diese können auch bei Personen, deren Intelligenzquotient über 70 liegt, auftreten und dazu führen, dass schon banale Alltagskonflikte mit dysfunktionalen Reaktionen angegangen werden, woraus dann benachteiligende Schul- und Berufswege und dann auch instabile Wohnverhältnisse resultieren. Nicht selten handelt es sich dabei um die Folgen eines fetalen Alkoholsyndroms. Viele Arbeitsansätze in Psychiatrie wie Suchtkrankenhilfe setzen eine mindestens durchschnittliche Abstraktionsfähigkeit, Sprachkompetenz, Reflexionsfähigkeit und Fähigkeit, Emotionen zu managen, voraus, auch wenn es überhaupt nicht um Psychotherapie gehen soll.

Komorbidität nicht vorgesehen

Das psychiatrische Regelversorgungssystem ist auf das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Störungen nicht ausgerichtet. Erst in den 1980er-Jahren wurden Diagnosesysteme eingeführt, die wie das DSM-III der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA; 1980) und die ICD-10 (1990) systematisch das gleichzeitige Vorliegen mehrerer psychischer Störungen abbilden konnten. Es war schon seit Jahrzehnten ein von der medizinischen Versorgung weitgehend abgekoppeltes Suchthilfesystem entstanden (Sucht wurde erst 1968 nach einem Urteil des Bundessozialgerichts als Krankheit in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen). Innerhalb der psychiatrischen Großkliniken entwickelten sich eigenständige Suchtabteilungen, die völlig losgelöst von der so genannten Allgemeinpsychiatrie und ohne Bezug zur Gemeindepsychiatrie agierten. Die »Entdeckung der Komorbidität« kam zu spät, um das Versorgungssystem zu prägen. Immerhin finden seither zahlreiche Tagungen zum Thema der so genannten Doppeldiagnosen statt.

Der schwerste Fehler des »Regelversorgungssystems« ist, dass es nicht auf den Regelfall eingerichtet ist, denn im Regelfall liegen neben den ein oder zwei »Achse-1-Störungen« wie Depression, Schizophrenie oder

reicht werden, ist die Klientel, die mit dem SpDi in Kontakt ist, zwar nicht repräsentativ für die Menschen mit psychischen Erkrankungen im Allgemeinen, aber es zeigt, wen das Regelsystem nicht angemessen versorgen kann. Die Versorgung klappt bei Patienten mit unkomplizierten schizophrenen Störungen inzwischen ziemlich gut, aber sobald zusätzliche Probleme auftreten, kommt es zu Schwierigkeiten, ein Angebot zu finden.

Das betrifft besonders drei Personenkreise:

- Menschen, deren psychische Erkrankung mit dysfunktionalem Bewältigungsverhalten verbunden ist,
- suchtkranke Menschen mit Folgeerkrankungen und
- von Wohnungslosigkeit betroffene psychisch und suchtkranke Menschen, also diejenigen, die auch als SMI (»Severely Mentally Ill Adults«) bezeichnet werden. Sie stehen im Fokus der Arbeit der SpDi

2. bei primären Suchterkrankungen die Vernachlässigung von Aktivitäten, die nicht instrumental zur Beschaffung des Suchtmittels sind, nicht selten zum Wohnungsverlust führt und dass vor allem Alkohol, aber auch einige illegale Drogen, psychiatrische Folgeerkrankungen und Schädigungen des zentralen wie peripheren Nervensystems wie auch anderer Organsysteme verursachen können sowie

3. das Leben auf der Straße schwerwiegende Risiken für die körperliche wie seelische Gesundheit mit sich bringt und den Substanzkonsum begünstigt.

Gleich, wie der Weg zum Wohnungsverlust begonnen hat, bei Menschen, die »Platte machen«, können wir davon ausgehen, dass sehr viele eine Diagnose aus dem Abschnitt F1 »Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen« oder eine andere aus den weiteren Abschnitten des Kapitels »Psychische und Verhaltensstörun-



Panikstörung auch noch eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen, substanzbezogene Störungen und eine Minderbegabung bzw. umschriebene Entwicklungsstörung vor.

Mehr oder minder willkürlich wird ein Problem zum Hauptproblem erklärt und alles andere auf später vertagt, statt einen dem individuellen Fall angemessenen Behandlungs- und Rehabilitationsplan zu entwickeln.

Verbundbildung und Niedrigschwelligkeit stärken die Fähigkeit, Probleme zu lösen

Dort, wo es gelungen ist, einen gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) zu entwickeln, bezieht dieser über die Allgemeinpsychiatrie hinaus nicht immer auch die Suchthilfe mit ein. Wenn das aber gelingt, verbessert sich die Fähigkeit des Gesamtsystems, den Klienten ein bedarfsgerechtes und hilfreiches Angebot zu machen. Dabei hilft besonders, wenn sich beide Bereiche in der Hilfeplankonferenz über die gemeinsame Fallberatung zu Klienten mit Hilfebedarfen aus beiden Hilfesystemen in ihren Arbeits- und Sichtweisen kennen lernen und dann verstehen, wie sie sich in der Einzelfallarbeit ergänzen können. Wenn man so arbeitet, wird auch die Notwendigkeit der Kooperation mit der Wohnungslosenhilfe deutlich.

Wirklich niedrigschwellig ist nämlich vor allem anderen die Arbeit in den offenen Angeboten der Wohnungslosenhilfe. Zudem sind die ambulanten Hilfen dort an konkreten und erreichbaren Zielen orientiert. Die Basis für die Zusammenarbeit ist, dass der Helfer etwas tut, das der Klient unmittelbar oder jedenfalls sehr schnell als nützlich erkennt. Dann kann man auch über den nächsten Schritt reden.

Als Erstes ist es erforderlich, klare Absprachen zwischen Suchthilfe und Psychiatrie darüber zu treffen, wer wann was macht, auch wenn man keinen GPV gründen will. Weiter muss man hochschwellige Konzepte überprüfen, um mehr Kapazitäten für aufsuchende Tätigkeiten zu gewinnen.

Für Personen mit fortgesetztem Substanzkonsum, der das Problemverhalten verstärkt oder aufrechterhält, bedarf es zweifellos genauer Überlegung, welche Art von Hilfen im häuslichen Rahmen sinnvoll sind. Diese pauschal als »betreutes Saufen« zu diskreditieren hilft weder, den Substanzkonsum zu reduzieren, noch, den Verlust sozialer Bezüge zu verhindern. Hilfen zu installieren, bei denen völlig unklar ist, wie sie zu einer Verbesserung der Situation beitragen könnten, hat allerdings ebenso wenig Sinn, wie Hilfen zu verweigern, um den Klienten zur Einsicht zu zwingen.

Fotos: Wolfgang Schmidt



Wohnungslosigkeit hat eine Vorgeschichte – Vorbeugung ist möglich

Die SpDi wurden von Beginn an konzeptionell ganz klar auf die Allgemeinpsychiatrie ausgerichtet. In vielen Fällen ist im Konzept der Bereich der Sucht ausdrücklich ausgeschlossen, weil es bei Schaffung des SpDi für die Suchtberatungsstellen der freien Wohlfahrtspflege schon kommunale Fördermittel gab. Diese allerdings haben mehrheitlich bis heute eine reine Komm-Struktur. Wenn in einem solchen Umfeld der Sozialpsychiatrische Dienst vor- und nachsorgende Hilfen nach PsychKG anbietet, geschieht das bei Suchtkranken oft dadurch, dass der Betroffene informiert wird, wo die nächste Suchtberatungsstelle ist. Weil allein die Zahl der Alkoholabhängigen die Zahl der Menschen mit anderen psychiatrischen Diagnosen bei weitem übersteigt, ist eine Schwerpunktsetzung unumgänglich. Trotzdem ist es notwendig, dass diejenigen Suchtkranken, die vom Regelversorgungssystem nicht erreicht werden, niedrigschwellige aufsuchende Hilfen erhalten, wie alle anderen psychisch kranken Menschen auch.

Wohnungsverluste fallen nicht vom Himmel, sondern sie haben eine – in der Regel – lange Vorgeschichte. Manchmal beruht der Wohnungsverlust »nur« darauf, dass jemand seine Post nicht aus dem Briefkasten holt oder nicht liest und so Probleme nicht zur Kenntnis nimmt, solange sie lösbar sind. Hinter einem solchen Verhalten muss nicht notwendig eine psychische Störung im Sinne der ICD-10 stecken, manchmal ist es nur Analphabetismus oder die Befürchtung, es könnte etwas Unangenehmes in der Post sein. In vielen Fällen beruht ein solches Ver-

halten aber tatsächlich auf einer Erkrankung.

Oft führt auch ein »mietwidriges Verhalten« zur Kündigung. Wenn es sich nur darum handelt, dass der Betroffene vergisst, das Treppenhaus zu putzen oder die Mülltonnen an die Straße zu stellen, oder es seltsam aus der Wohnung riecht, ist es meist leicht, eine Kündigung abzuwehren, wenn eine Stelle des Hilfesystems rechtzeitig davon erfährt.

Hier hat sich eine Kommunikation zwischen den beteiligten kommunalen Dienststellen, wie Wohnungs-, Ordnungs- und Sozialamt sowie SpDi, gut bewährt.

Ernster ist es, wenn das Verhalten belästigend oder aggressiv wirkt – der Betroffene bedroht oder beleidigt immer wieder die Hausmitbewohner oder wird sogar tödlich, erschimpft Nacht für Nacht am offenen Fenster laut brüllend mit seinen Stimmen oder versucht, durch stundenlange Hammerschläge an die Wände die Lautsprecher, die da irgendwo sein müssen, zu zerstören. Oft hat es auch schon zahlreiche Klinikaufenthalte gegeben, die aber das Problemverhalten nicht nachhaltig zu beheben vermochten, sei es, weil der Betroffene die Behandlung nicht fortgesetzt hat, sei es, dass diese keine Veränderung des Verhaltens bewirkt hat.

Wohin mit den »Störern«?

Personen mit derartigen expansiven Verhaltensweisen sind auch in den Diensten und Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie nicht gern gesehen. Aggressive Besucher schüchtern die stilleren Besucher der Kontakt- und Beratungsstelle ein, traumatisierte Personen fühlen sich getriggert, oder zumindest be-

Strukturiert, klar, alltagsnah

Langwierige Krankheitsverläufe, Rückschläge, Stigmatisierungserfahrungen und Folgeerkrankungen machen Zuversicht und Hoffnung zu wichtigen Ressourcen im Genesungsprozess von Menschen mit Suchterkrankungen. Unter dem Recovery-Konzept übernehmen Pflegefachpersonen eine begleitende Rolle auf dem Weg zu eigenen Zielen. Der praxisnahe Leitfaden stellt die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses, hilfreiche Interventionen in Krisensituationen und spezielle Konzepte vor.



Esther Indermaur
**Recoveryorientierte Pflege
bei Suchterkrankungen**
144 Seiten + Downloadmaterial, 24,95 €
ISBN 978-3-88414-643-9
eBook 19,99 €
ISBN (eBook) 978-3-88414-886-0

Bestellung bei:

DGSP Köln • Telefon: 0221-5110 02
E-Mail: dgsp@psychiatrie.de

Psychiatrie
Verlag 

www.psychiatrie-verlag.de

fürchtet das Personal dies. Und im Gefolge des Ausbaus des ambulant betreuten Wohnens und des Mangels an bezahlbarem Wohnraum ist es immer öfter so, dass sich Klienten, die sich durch lärmbedingte Schlaflosigkeit auf den nächsten Klinikaufenthalt zudriften sehen, beim SpDi melden und um Abhilfe nachsuchen. Auch in Wohnheimen, Tagesstätten oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung ist störendes Verhalten oft für die anderen Nutzer nicht erträglich. Hausverbote zu erteilen, wenn eine Person sich nicht an die erforderlichen Regeln hält und dadurch andere ernsthaft beeinträchtigt, ist legitim. Aber was tun mit jemandem, der sicher keine neue Wohnung findet, wenn er die, die er nicht behalten kann, verliert?

In dieser schwierigen Situation ist es wichtig, so viel Kompetenz wie möglich in die Beratungs- und Entscheidungsprozesse einzubeziehen, um die am wenigsten schlechte Lösung zu finden. Sofern es in der Versorgungsregion nicht ohnehin ein Gremium gibt, in dem in anonymer Form Fälle vorgestellt werden, um ein passgenaues Angebot zu entwickeln, wäre dies ein Grund, ein solches einzurichten.

Die Dimension von Wohnungslosigkeit ist in Großstädten zwar ganz anders als in kleinstädtisch oder ländlich geprägten Strukturen, wo Wohnungslose im öffentlichen Raum nur selten sichtbar werden, aber auch dort ist das Problem des Wohnungsverlustes und des Zugangs zu Hilfen erheblich. Oft erfolgt eine Unterbringung nur in nach Ordnungsbehördengesetz belegten Objekten, wo die Wohnbedingungen in keiner Weise mit den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen kompatibel sind und die Zugänglichkeit von Hilfen nach § 67 SGB XII deutlich schlechter ist als in der Großstadt. Die Gebäude, in denen untergebracht wird, sind nicht selten sehr abgelegen, schlecht erreichbar und werden nicht betreut.

Priorität für die Verhinderung von Wohnungslosigkeit

Ist jemand erst einmal wohnungslos, ändern sich mit der radikal veränderten Lebenssituation auch die Prioritäten und das Verhalten. Relevant sind nur noch Aktivitäten, die für das unmittelbare Überleben am jeweiligen Tag erforderlich sind. Das Einhalten von Terminen mit Ärzten, Behörden und Beratungsstellen gehört nicht dazu. Suchtmittelkonsum hingegen hat einen Überlebenswert, denn er erleichtert das Ertragen unerträglicher Situationen, und der gemeinsame Konsum mit anderen stärkt die soziale Kohärenz der einzig verbliebenen Peergroup. Wohnungslose äußern gegenüber dem me-

dizinischen System höchstens einen Bedarf an Behandlung akuter Schmerzzustände, von Verletzungen oder Infektionen.

Innerhalb der Wohnungslosenszene werden »Verrückte« ausgegrenzt, weil sie auch hier als unberechenbar und gefährlich angesehen werden. Darum vermeiden Betroffene alles, was bei den anderen diesen Verdacht wecken könnte, wie z.B., mit einem Psychiater zu reden. Daher sind auch psychiatrische Sprechstunden in niedrigschwelligen Wohnungsloseneinrichtungen wenig sinnvoll oder benötigen jedenfalls einen sehr langen Vorlauf, um angenommen zu werden. Die psychiatrische Fachlichkeit muss hier entweder »undercover« eingebracht werden, oder die Fachkräfte der Wohnungslosenhilfe begleiten den Klienten zu einem Termin in den Räumen des SpDi.

Schlussfolgerungen

Spätestens zu dem Zeitpunkt, wo sich abzeichnet, dass ein Klient seine Wohnung verlieren könnte, muss die Vermeidung dieses Ereignisses die höchste Priorität erhalten. Das erfordert, dass, soweit rechtlich zulässig, alle notwendigen Informationen fließen sollten und die Maßnahmen der verschiedenen Akteure aufeinander abgestimmt werden. Das geht deutlich über eine gute Kooperation im Einzelfall auf der Mitarbeiterbene hinaus. Es sind klare Regelungen zu Informationsfluss und Handlungsabläufen erforderlich:

- Alle Personen, die konkret mit der Person arbeiten, müssen erfahren, dass Wohnungslosigkeit droht, denn wenn diese eintritt, werden sie voraussichtlich nicht mehr fähig sein, weiter mit ihr in Kontakt zu bleiben.
- Alle Maßnahmen, sowohl der Behandlung wie der Rehabilitation, müssen darauf überprüft werden, ob sie die Reduktion des Problemverhaltens, das den Wohnungserhalt bedroht, als Ziel haben; sie müssen dessen Erreichung zuverlässig überprüfen können und auch, welchen Beitrag sie zum Gesamtergebnis leisten.
- Alle Interventionen, die nicht den Wohnungserhalt unterstützen oder gar das Risiko des Wohnungsverlustes erhöhen, müssen zurückgestellt werden, bis die Wohnsituation nachhaltig gesichert ist. ■

Dr. Matthias Albers ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und hat fünfzehn Jahre den Sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises Mettmann geleitet. Seit 2014 leitet er die Abteilung »Soziale Psychiatrie« der Stadt Köln, zu der neben dem Sozialpsychiatrischen Dienst auch eine Substitutionsambulanz für opiatabhängige Menschen und der »Mobile Medizinische Dienst« für Wohnungslose gehören.
E-Mail: matthias.albers@stadt-koeln.de