Immer die Nase im Wind

Nachrichten aus dem Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland

BVÖGD Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.

DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGAPS Niedersachsen e.V.

Konzentration auf die Kernaufgaben: vorrangig soziale Problemlagen als Herausforderung in der Fallarbeit Sozialpsychiatrischer Dienste

Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) berichten in der letzten Zeit über eine zunehmende Nutzung ihrer niederschwelligen Beratungs- und Betreuungsangebote (Kernaufgabe 1) durch Menschen, die keine psychische Erkrankung haben. Im Landkreis Harburg in Niedersachsen beispielsweise betrug ihr Anteil bei stetig steigenden Fallzahlen zuletzt mehr als 20%. Vermutliche Ursachen sind der Wegfall gesellschaftlicher Nischenräume und allgemeiner Unterstützungsangebote, was zur Psychiatrisierung gar nicht erkrankter Menschen, zu einer Überlastung des SGB-V-Systems durch Systemmängel und Kostendruck führt. Dann wird die Clearing-Funktion des SpDi dazu genutzt, allgemeine soziale Problemlagen von Menschen mit höchstens leichteren psychischen Beeinträchtigungen zu lösen. Die entsprechenden Problemanzeigen kommen nicht nur von Betroffenen oder Angehörigen, sondern auch von anderen Institutionen.

Wie entscheidet das mit einer solchen Problemlage befasste Fachpersonal am Telefon bzw. im Erstkontakt über deren Relevanz im Hinblick auf die SpDi-Kernaufgaben? Wie kann sich ein SpDi so disziplinieren, dass ihm nicht durch übermäßiges Engagement in Randbereichen seines Leistungsspektrums die Zeit fehlt für die Wahrnehmung der Kernaufgaben? Denn seine vorrangige Sorge gilt den Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, die von sich aus häufig gar nicht um Hilfe nachsuchen. In diesen Fällen erfolgt die Kontaktaufnahme nicht selten über Dritte (Angehörige, Nachbarn, Umfeld, Ordnungsämter, Polizei).

Sofern der SpDi zusätzlich eine Art Kontaktstellenfunktion wahrnimmt, ist die erforderliche Abgrenzung zwischen den beiden angesprochenen Nutzergruppen besonders schwierig. Es geht schließlich auch darum, frühzeitig eine qualifizierte Weichenstellung zur Vermeidung einer Psychiatrisierung vorzunehmen und passgenaue Hilfen zu vermitteln. Dabei ist u.a. zu klären, ob bei der anfragenden Person ein aufsuchender Kontakt erforderlich ist oder diese bei Weiterverweisung auch von sich aus notwendige Hilfen aufnehmen kann. Es ist eine immer neue Herausforderung, hier in jedem Einzelfall den richtigen »Königsweg« zu finden, ohne den Anspruch zu opfern, das Hilfsangebot gut zugänglich und damit niederschwellig zu halten.

Natürlich stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob eine psychiatrische Diagnose im Sinne der ICD-Klassifikation ein geeignetes Eingangskriterium für eine Kontaktaufnahme und Unterstützung durch den SpDi ist. Für eine psychiatrische Hilfe therapeutischer Ausrichtung ist die ICD-Diagnose das »Eingangsticket«, aber das gilt nicht unbedingt für eine psychosoziale Intervention. Manche Menschen haben eine schwere psychische Krise durchlebt und sich dann auf ihre eigene Weise im Leben eingerichtet, was u.U. mit den Verhaltenserwartungen des Lebensumfeldes kollidieren kann. Hier muss das sozialpsychiatrische Team je nach Art der individuellen Notlage entscheiden, inwieweit es seine Zuständigkeit als gegeben annimmt.

Einerseits wollen wir die SpDi-Arbeit an den Alltagskompetenzen der betroffenen Menschen (im Sinne der ICF-Klassifikation) und ihrer Lebenswelt ausrichten und sollten eine eventuell auf krankheitswertige Störungen begrenzte Zuständigkeit kritisch überprüfen. Andererseits müssen sich SpDi vor einer uferlosen Inanspruchnahme aufgrund des Versagens anderer Systeme (z.B. haus- und fachärztliche Behandlung, kommunaler Sozialdienst) schützen, um genügend Kapazitäten für eine ggf. auch nachgehende Beratung, Betreuung und Begleitung psychisch schwer erkrankter Menschen zu haben. Denn auf diese Zielgruppe hat sich die Fallarbeit des SpDi zu konzentrieren, da sie in dieser Funktion in der kommunalen Daseinsvorsorge alternativlos ist. Möglicherweise können niederschwellige Anlaufstellen mit Screening-Funktion als Bestandteil eines Sozial- bzw. Gemeindepsychiatrischen Zentrums in Kooperation mehrerer Systempartner beide Aufgaben verbinden.

Kontakt/Koordination:
Sabine Erven • Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds. e.V. • Fenskeweg 2 • 30165 Hannover • Tel. 0511/26253801 • E-Mail: sabine.erven@gesundheit-nds.de

Kooperationspartner:

CBP Caritas DGSP Psychiatrie Verlag Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen DER PARITÄTISCHE GESAMTVERBAND AWO Diakonie Deutschland Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB

downloaded from www.psychiatrie-verlag.de/zeitschriften/sozialpsychiatrische-informationen