



Der Sozialpsychiatrische Dienst im ambulanten Versorgungssystem

Von den Wurzeln zu den Flügeln

Jörg Kalthoff



Vorläufer

- Begriff erstmal in Rotterdam 1928
- Weimarer Republik: Beratungsdienste an Gesundheitsämtern oder Außensprechstunde
- In Nazi-Zeit aufgelöst,
- stattdessen problematische Rolle (Tötungen, Zwangs-Sterilisierungen)
- nach dem 2. Weltkrieg "Psychiatrische Fürsorge": im wesentlichen Kontrolldienste für Einweisungen, Entmündigungen



PsychKG NRW von 1969

- Gesamtgesellschaftliches Umdenken (68er)
- Wissenschaftliche Erkenntnisse bes. aus England (Wing, Bennett) zu sozialen Ursachen und Reha-Möglichkeiten
- NRW erstes Bundesland mit reformiertem Psychisch-Kranken-**Hilf**gesetz, das die ordnungspolitische Funktion in den Hintergrund rückte



Inhalte PsychKG und Verwaltungsvorschriften

- **Priorität für vorbeugende und nachgehende Hilfe**
- **beitragen, dass rechtzeitig ärztliche Behandlung herbeigeführt wird**
- **freiheitsentziehende Maßnahmen möglichst vermeiden**
- **Alle betroffenen Mitbürger einer Kommune haben einen Rechtsanspruch auf Hilfe.**



Psychiatrie-Enquete 1975

- Ambulant vor stationär
- frühzeitige Erkennung und Beeinflussung psychischer Krankheiten
- Ausgliederung verhindern
- Verlagerung von der "grünen Wiese" auf die Kommune
- mobil-aufsuchende und multiprofessionell arbeitende ambulante Dienste
- wesentliche Planungs- und Koordinierungsaufgabe für die Angebote in ihrer Gemeinde



Grundlage MAGS/ Landesregierung

- SpDi einer der wichtigsten Knotenpunkte im psychiatrischen Versorgungsnetz
- "in besonderem Maße geeignet für Personen mit schweren, insbesondere chronischen psychischen Störungen"
- Schwere und der Komplexität der Problematik, häufig nicht in der Lage, von sich aus andere Hilfe in Anspruch zu nehmen (10-15% der Betroffenen)
- die meisten dieser Aufgaben zumindest anfangs in Form von Hausbesuchen
- dann auch weitere Schritte in die Gemeinde



Empfehlungen der Expertenkommission 1988

- Erfahrungen der Modellprogramme Psychiatrie ausgewertet
- SpDi Pflichtaufgabe für Gesundheitsämter
- SpDi teils sehr wirkungsvolle und differenzierte Versorgungsinstrumente
- Ärztliche Behandlungsermächtigung für SpDi
- Kriseninterventionen vor Ort
- Koordination der unterschiedlichen Einzelfallhilfen



Expertenkommission zur Behandlungsermächtigung

- „erforderlich, dass den Ärzten der SpDi von den Krankenkassen ermöglicht würde, bei den besonders schwierigen psychisch Kranken, die nicht in die Praxen niedergelassener Nervenärzte zu bringen sind, die medikamentöse Behandlung einzuleiten und, falls erforderlich, eine Zeitlang fortzuführen. Hierdurch könnten krisenhafte Zuspitzungen unmittelbar abgefangen und unnötige Hospitalisierungen vermieden werden.“



Expertenkommission zur Vermittlerfunktion der SpDi

- „Als Stelle, die am meisten Überblick über die Verhältnisse in der Gemeinde und insbesondere über die am schwersten erkrankten Mitbürger hat, hat sie die Aufgabe, die bislang vernachlässigste Patientengruppe der chronisch psychisch Kranken zu vertreten und zu fördern.“ „Es soll.. die Versorgungssituation umgekehrt werden und eine Priorität für die chronisch erkrankten Mitbürger gesetzt werden: Der gängige Selektionsmechanismus, nachdem zunächst die weniger Hilfsbedürftigen die verfügbaren Dienste in Anspruch nehmen und deren Kapazität auch für dringende Notlagen blockieren, soll umgekehrt werden.“



Expertenkommission zu GPV

- aus ambulant aufsuchendem Dienst (v.A. SpDi), Kontaktstellenfunktion, Tagesstätte
- Für jeweils 100.000 bis 150.000 Einwohner
- Versorgungsverpflichtung
- Motor zur Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrischen Versorgung
- Ggf. Einbeziehung psychiatr. Pflege, berufliche Reha, Beschäftigungsmöglichkeiten,...



Expertenkommission zu Institutsambulanzen

- „für die Kranken, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung auf die Versorgung durch PIA angewiesen sind.“
- Hausbesuche und aufsuchend ambulante Tätigkeiten – auch durch Ärzte
- Screening-Funktion vor stationärer Aufnahme
- Keine Angleichung an die Struktur niedergelassener Nervenärzte



Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung 2002

- SpDi teils Motor und Knoten im Netz beim Paradigmawechsel
- Personenzentriert, nicht Institutionenzentriert
- Leistungen aufeinander abgestimmt
- Gemeinsame Versorgungsverpflichtung
- Koordinierende Bezugspersonen
- Integrierte Hilfeplanung und HPK
- GPV incl. Krankenhäuser, Arbeit, Betroffene, Angehörige, Selbsthilfe



Versorgungsleitlinien

- Jeder Betroffene soll, wenn er es wünscht, ein für ihn passendes Angebot in der Gemeinde erhalten.
- Priorität haben insbesondere chronische Klienten und Klienten mit besonders komplexer sozialer und psychiatrischer Problematik.
- Krisenvermeidung soll Vorrang haben vor Krisenintervention.
- Die Angebote des SpDi (bzw. des GPV) sollen Alternativen zu Langzeithospitalisierung und Drehtürpsychiatrie sein.
- Niedrigschwelligkeit der Angebote soll auch “krankheitsuneinsichtige Klienten” zur Nutzung motivieren.



Innovative Ansätze einzelner SpDi

- med. Behandlung, Depotambulanz, Home-Treatment bei Behandlungsermächtigung
- Offene und feste Gruppen, Psychoedukation
- Kontaktclubs , Kontaktstellenangebote
- Mitarbeit in unabh. Beschwerdestellen
- Öffentlichkeitsarbeit und Antistigma, z.B „Verrückt – na und“
- Ergotherapie, mit Verkaufsangeboten, Zuverdienst, Arbeitsprojekte
- Reha-Freizeiten



Innovative Ansätze II

- Sucht, ambulante Reha, integrierter Dienst, Sucht-Kontaktstellen
- Methadonambulanz
- Geschäftsführung und Mitarbeit in HPK
- Behandlungsvereinbarungen
- Ausbildungsstelle EX-IN
- Psychoseseminare
- Kooperationen Jobcenter



Bedeutung des SpDi zur Verminderung von Zwang (Juckel-Studie)

- Signifikant hilfreich:
- Verzicht auf zentrale Akut-Aufnahmestation
- gemeindenahe Psychiatrie (GPV)
- mehr SpDi-Angebote
- Patienten häufiger durch SpDi betreut
- mehr SpDi-Hausbesuche



Liberofunktion des SpDi

- Klienten, die BeWo abgebrochen haben, oder wegen häufigen Fehlbesuchen rausgeworfen wurden – oder in der Krise sind
- Klienten mit rechtlicher Betreuung, die „nicht betreubar“ seien
- Klienten, die eigentlich stationäre Eingliederungshilfe benötigen, aber dort die Nähe zu anderen nicht aushalten
- Klienten, bei denen Kliniken oder Tageskliniken sich Sorgen machen, aber keine Hausbesuche machen, sondern uns schicken



Liberofunktion des SpDi II

- Klienten, die zur Behandlung aufgesucht werden müssen, was weder niedergelassene NÄ noch PIA machen
- Klienten in der Krise, die täglich aufgesucht werden müssen
- Klienten, bei denen das Entlassmanagement nach SGB V nicht greift – und wir die Nachbetreuung organisieren und einleiten müssen.
- ...



Der Kreis schließt sich: Landespsychiatrieplan NRW 2017

- SpDi elementar zur Sicherung und Steuerung der gemeindepsychiatrischen Versorgung
- Idealerweise Ärztinnen und Ärzte zur psychiatrischen Behandlung ermächtigt
- Vorrangig schwer kranke und seelisch behinderte Menschen und deren Angehörige, die Probleme beim Zugang zur Regelversorgung haben
- SpDi als einziger Dienst zu aufsuchender Hilfe verpflichtet (liebevolle Aufdringlichkeit)



Landespsychiatrieplan NRW II

- Hoher Anteil zum Zeitpunkt des Erstkontaktes ohne jegliche ärztliche Versorgung. SpDi nicht selten die einzige Verbindung der Betroffenen zur Gesellschaft. Existenzielle und soziale Absicherung anbahnen.
- Wichtige Rolle bei der Vermeidung von Zwang: SpDi Aktivität hat signifikanten Einfluss auf Rate der Zwangsunterbringungen.



Zu den Flügeln

- Hometreatment in Kooperation mit bezahlten Leistungen durch die Kliniken
- Vergütung der Leistungen, für die der SpDi einspringt, durch die vorrangigen Kostenträger :
- Abrechnung und Vergütung der ärztlichen und soziotherapeutischen Leistungen des SpDi, so vorhanden auch der psych.Pflege, Ergotherapie durch die Kassen
- Vergütung durch Landschaftsverbände für die Leistungen, die wir für sie erbringen



Noch höher geflogen

- Visionen für eine Psychiatrie der Zukunft
- über die Sozialpsychiatrischen Dienste hinaus
- mit den Sozialpsychiatrischen Diensten als wesentlichen Akteuren



1. Die Psychiatrie der Zukunft wird eine Psychiatrie der Gemeinde sein

- **Regionale Vollverantwortung für die Kommune als Leitlinie statt marktwirtschaftlicher Priorität**
- **Individuelle Hilfen im Rahmen von Regionalbudgets**
- **Trägerübergreifende Leistungserbringung**
- **Trägerübergreifende koordinierende Bezugsperson (Lotse)**
- **Organisation der Hilfen grundsätzlich innerhalb des Versorgungsgebietes, inclusive Pflicht-Versorgung – möglichst mit „offenen Türen“**



2. Die Psychiatrie der Zukunft wird vorwiegend ambulant sein

- **Echtes Home-Treatment, wie von Betroffenen gewünscht**
- **Umwidmung Finanzen von stationär zu ambulant**
- **Aufsuchend-nachgehende Krisen – interventionsteams, rund um die Uhr**
- **„liebevolle Aufdringlichkeit“**
- **„Die Schwächsten zuerst !“**
- **Minimierung von Zwang**



3. Die Psychiatrie der Zukunft wird eine vernetzte Psychiatrie sein

- **Aufhebung der Zersplitterung von Leistungen durch unterschiedliche Kostenträger und Sozialgesetze**
- **Verzahnung Behandlung und Teilhabe**
- **Integrierte Gesamtplanung**
- **Gemeindepsychiatrische Verbände**
- **Übergreifende Hilfeplankonferenzen bei komplexem Hilfebedarf**



4. Die Psychiatrie der Zukunft wird viel stärker von den Betroffenen mitgestaltet

- **Fachleute, Betroffene und Angehörige in Dialog, Runden Tischen, Psychoseseminaren**
- **Gleiche Augenhöhe**
- **Peer-Beratung**
- **Ex-In; Verrückt – na und ?!**
- **dialogisch besetzte Beschwerdestellen**
- **Mitsprachemöglichkeiten in allen Einrichtungen**



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

