



## Einige Schlaglichter auf neue Herausforderungen der Sozialpsychiatrie

Fachtagung «Integration von psychisch kranken Menschen»  
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft PSAG,  
MuttENZ, 19.10.2011  
**Dr. Gerhard Dammann**  
Psychiatrische Klinik Münsterlingen

## Aufbau



- Allgemeines zur Sozialpsychiatrie und ihren Prämissen
- Neue Aspekte aus den Tätigkeitsfeldern
- Angehörige / Familie
- Wohnen
- Arbeit
- Neue Problemfelder
- Mögliche Zukunftsentwicklungen

## Grundlagen



- Sozialpsychiatrische Versorgung ist ein wichtiger Baustein der psychiatrischen Behandlung (neben Psychotherapie oder biologischen Verfahren etc.)
- Es dominiert das bio-bio-bio Modell der Psychiatrie
- Die jeweils aktuelle sozialpsychiatrische Versorgungsphilosophie ist eng mit politischen und psychiatriegeschichtlichen (Schmiedebach & Priebe, 2004) Trends verbunden (italienische Psychiatrie-Reform; Enquete in Deutschland, Anti-Psychiatrie etc.) und sollte daher immer in ihren Prämissen kritisch reflektiert werden
- Beispiel: Wo dient die „Ambulantisierung“, die stark gefordert wird, wirklich den Erkrankten und wo sollen Kosten in diesem Bereich eingespart werden

## Selbstbild der Sozialpsychiatrie



- Erkenntnisse der Sozialpsychiatrie werden scheinbar schnell in die allgemeine Psychiatrie integriert
- Historisch definiert sich die Sozialpsychiatrie nicht „störungsorientiert“ sondern anthropologisch orientiert; dies macht ihre Humanität aus, aber bringt sie tendentiell immer in eine wissenschaftstheoretisch schwächere Position als die biologische Psychiatrie und die Psychotherapie

## Grundhaltungen



- Sozialpsychiatrische Grundhaltungen in Bezug auf ressourcenorientiertes Arbeiten, Milieutherapie und Empowerment sind von entscheidender Wichtigkeit
- Sie sollten eine Erweiterung erfahren durch störungsspezifische und beziehungsorientierte Elemente
- Neue Formen des Hospitalismus beachten

## Einfluss der IV-Politik



- Aera des „Laissez-faire“ (frühzeitige Berentungen)
- Vielfältige Ursachen (administrative Hindernisse bei eingliedernden Massnahmen ohne IV-Anmeldung; teilweise auch als „Entlastung“ für psychisch belastete Menschen von Psychiatern gemeint)
- Seit einigen Jahren (aus finanziellen, teilweise auch politischem Druck) Wechsel in eine repressivere Handhabung
- Psychosozial Tätige sind aufgefordert, mehr als früher, eine differenzierte Sicht zu vertreten.

## Stigma



- Antistigmatisierungskampagnen:
- Was kann erwartet werden?
- Was ist utopisch?

## Kostenträgerorientiertheit



- Die verschiedenen Kostenträger verstehen sich immer auch als Interessenverwalter ihrer jeweiligen Institution
- Ein Fürsorger einer Gemeinde hat bei der Gutsprache für Sozialhilfe das Budget seiner Gemeinde im Kopf, respektive die Fürsorgebehörde im Rücken, der Mitarbeiter der Arbeitslosenversicherung ist rasch um den Einsatz der Taggeldversicherung froh und die IV sorgt sich um ihre Kostenentwicklung
- Für eine langfristige Rehabilitationsplanung sind entsprechende Kostenträger ins Boot zu holen und in der einzelnen Abfolge ihrer Verantwortlichkeit zu motivieren, oder an diese zu erinnern
- Dies erschwert in nicht unerheblichen Ausmass die Konstanz und Nachhaltigkeit in wichtigen Rehabilitationsschritten
- Auch der Aufbau von Tagesstrukturen ist erheblich von Kostenträgern abhängig. (Beschäftigungsprogramme der ALV, Voraussetzung: Anspruch auf ALV, Beschäftigungsprogramm der Gemeinde: Voraussetzung Sozialabhängigkeit, Geschützte Werkstätte: Voraussetzung IV Rente, etc.).
- Ohne Kostenträger keine Tagedstruktur im Arbeitsbereich

## 5. IV-Revision



- Einerseits hat sich nach der 5. IV-Revision eine klare Verbesserung in der Kooperation durch den Austausch der in der Fallerfassung tätigen Eingliederungsverantwortlichen ergeben, jedoch erlebt die IV F.feld gerade wieder strukturelle Veränderungen die auch personelle Konsequenzen hat
- So wurde die Arbeitsvermittlung mit der Funktion der Eingliederungsverantwortlichen zusammengelegt zum neuen Eingliederungsexperten, was Chancen aber auch Reibungspunkte beinhaltet
- Etwa dass sich je nach Ausbildungsstand aber auch der persönlichen Neigungen der Mitarbeiter der IV häufiger auch Unverständnis für die spezifische psychische Problematik unseres Klientels feststellen lässt

## Kooperation mit Kommunen



- Kooperation mit den Gemeinden ist für Kliniken und psychosoziale Einrichtungen ein Dauerthema. Deren hohe Autonomie in der Selbstverwaltung vor allem auch in der Auslegung der Sozialhilfe-Richtlinien führt häufig zu deren unterschiedlicher Auslegung
- Lösungsvorschlag:
  - Übergeordnet Schaffung von überregionalen Kompetenzzentren
  - Intensive Kommunikation zwischen den Players

## Rehabilitation und Störungsbilder



- Die psychiatrische Rehabilitation ist stark an der Schizophrenie ausgerichtet (kognitive Einschränkungen, Konzentration, Ermüdbarkeit etc.)
- Vergleichsweise weniger know-how liegt zum Beispiel für den Bereich der Somatisierungsstörungen, den Störungen des Sozialverhaltens Adoleszenter oder die Persönlichkeitsstörungen vor

## Interdisziplinäre Teamdynamik als Chance



- Das sozialpsychiatrische Behandlungsteam ist interdisziplinär zusammengesetzt und der regelmässige Austausch im „Kernteam“ dient nicht nur der Planung der Behandlungsschritte sondern vor allem auch der Entwicklung und Erarbeitung einer gemeinsamen therapeutischen Sichtweise, ergänzt aus den jeweiligen professionellen Perspektiven und Erfahrungen (Arzt, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter und Psychologen).
- Die interdisziplinäre Reflexion und Evaluation der Behandlungsschritte und der Entwicklungen in den Beziehungen des Patienten stellen einen wichtigen Teil im Behandlungskonzept dar
- Sie könnte und sollte in Zukunft noch durch Gruppendynamische Aspekte („Teilobjektrepräsentanzen“, die sich unterschiedlich im Team manifestieren) ergänzt werden.

## Übertragungen in der Sozialpsychiatrie



- Helfer bietet sich als allumfassend verfügbares und Verständnis aufbringendes Gegenüber an
  - Gefahr: Desillusionierung und Enttäuschung oder Erschöpfung bei Helfenden
  
- Sozialarbeiter verkörpert in den Augen des Patienten (z.B. im Gegensatz zum Psychotherapeuten) die „harte Realität“, die besser vermieden werden möchte
  - Gefahr: Machtkampf, Verweigerung

## Sozialpsychiatrische Krisenintervention



- Neben der Rehabilitation sind spezifische, gemeindeorientierte Angebote auch vermehrt für den Bereich von akuten krisenhaften Entwicklungen zu fördern (am besten 25-h Angebote an 7 Tagen pro Woche)
- Dies sowohl im Rahmen nach kurzdauernden stationären Kriseninterventionen wie insbesondere auch von ambulanten Kriseninterventionen vor Ort
- Diese vermeiden stationäre Aufnahmen

## Integrierte Versorgung



- Ideal, aber noch in weiter Ferne wären Behandlungsketten, d.h. das ein Team den Patienten in allen Phasen ambulant, stationär, ambulant, Krisenintervention, Rehabilitationsphase begleitet oder teilbegleitet
- Die Beziehungswechsel sind de facto für viele unserer Patienten eine Überforderung oder sogar schädlich

## Ambulant vor stationär I



- Ambulant und stationär
- Wo soll durch die Ambulantisierung nur gespart werden?
- Unklare Finanzierungen in der Ambulanten Sozialpsychiatrie (z.B. Tageskliniken)
- Intensive, z.B. aufsuchende Angebote sind nicht günstiger als stationäre!

## Ambulant vor stationär II



- Risiken:
- Patienten in einem instabilen Gesundheitszustand mit zum Teil deutlichen Symptomen bleiben in ihrem Umfeld und sind vermehrt auf eine allgemeine tolerante Haltung des Umfeldes angewiesen, sei es im Bereich der Familie, der Nachbarn und auch im beruflichen Kontext
- Dies setzt auch vermehrte Kenntnisse oder zumindest Akzeptanz von allen Beteiligten im Umgang mit solchen Klienten voraus
- Häufige begegnen uns Aussagen von Arbeitgebern: *„Selbstverständlich sind wir bereit, Herrn A. wieder bei uns zu beschäftigen aber der normale Arbeitsprozess darf nicht gestört werden“*. Vermieter: *„Selbstverständlich darf Frau B., bei uns wohnen bleiben, aber die Nachbarn dürfen nicht gestört werden.“*
- Für die Behandlungsteams stellt sich die Herausforderung, nicht nur mit „stabilisierten“ psychiatrisch Erkrankten in ihrem Umfeld zu arbeiten, sondern zunehmend mit subakut Kranken

19.10.2011

 **Psychiatrische Dienste Thurgau**  
Spital Thurgau AG

## Rechtliche Folgen der ambulanten Sozialpsychiatrie u. Graubereiche



- Ambulante Angebote erhöhen unter bestimmten Umständen Risiken im Bereich Eigen- und Fremdgefährdung
- Daher müssen fürsorgliche Massnahmen (Auflagen) für den ambulanten Bereich klar geregelt werden.
- Im ambulanten Setting sind im Moment Massnahmen gegen den Willen des Patienten nicht vorstellbar
- Klärungen auch bei Fragen der Schweigepflicht im Umgang mit nicht therapeutisch tätigen Bezugspersonen
- Verantwortung des Arztes und anderer Berufsgruppen

19.10.2011

 **Psychiatrische Dienste Thurgau**  
Spital Thurgau AG

## Drei Thurgauer Modell-Projekte



- Abklärungs- und Aufnahmezentrum (AAZ) mit integriertem Kriseninterventionsteam (KIT) (Leitung: Psychiatrischer Oberarzt)
- Poststationäre Übergangsbehandlung (PSÜB) (Leitung: Pflegefachperson)
- Intensive Case Management (ICM) (Leitung: Sozialarbeiterin)

## Intensivierung der Angehörigenarbeit



- Die familiären Ressourcen reichen häufig, auch bei motivierten Familien kaum, für die Unterstützung von erkrankten Familienangehörigen
- Aus diesem Grund sind Kenntnisse und Fähigkeiten von Patienten gezielt zu schulen für die Übernahme von Verantwortung bezüglich (gesunde) Ernährung und Haushaltsarbeiten, Pflege der Kontakte zu Nachbarn und Vermieter etc. (Modell Demenz)
- Häufig sind die Vermittlung dieser Fähigkeiten früher bei längerdauernden stationären Behandlungen von spezifischen Rehabilitationsabteilungen übernommen worden sind, wofür heute, mit kürzeren Aufenthaltsdauern, wenig Ressourcen bestehen. Heute stellt dies eine Kernaufgabe der aufsuchenden sozialpsychiatrisch geschulten Pflegefachpersonen dar.

## Familiendynamik und Angehörigkeiten



- Der Einbezug der Familienangehörigen ist einerseits in akuten Krisen wie aber auch im Rahmen von längerdauernden sozialpsychiatrischen Behandlungen entscheidend
- Dabei ist aber speziell auf systemische und familiendynamische Zusammenhänge zu achten, die im interdisziplinären Kontext des sozialpsychiatrischen Teams reflektiert werden müssen

## Wohnformen



- Zu begrüßen ist die Entwicklung im Rahmen der Wohnbetreuung. Weg von grösseren Einheiten in Wohnheimen hin zu betreuten Wohngruppen, einzelbetreutes Wohnen
- Dies ermöglicht autonomere, auf Ressourcen orientierte Wohnangebote die den individuellen Bedürfnissen entsprechen
- Wichtig auch hier: Betreuungsformen abhängig vom Kostenträger (IV, KVG, Sozialamt)
- Lebt der Patient in einem Wohnheim, sind seine Bezugspersonen meist im Betreuungsteam definiert, entscheidet er sich für ein betreutes Einzelwohnen ist er mit Bezugspersonen aus verschiedenen Arbeitsfeldern konfrontiert, was eine sorgfältige Vernetzung erfordert

## Grundsätzliches berufliche Reha



- Psychische Störungen sind nicht nur häufig; ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werden noch unterschätzt
- Es braucht in der Psychiatrie eine stärkere Beachtung von Einschränkungen in der Funktionalität (ähnlich wie in der Physikalischen Medizin)
- Berufliche Rehabilitation sollte möglichst früh einsetzen
- Ein Kritikpunkt an (gewinnorientierten) Reha-Werkstätten könnte sein, dass sie kein Interesse haben können, die besser rehabilitierte in den 1. Arbeitsmarkt zu entlassen.

19.10.2011

 **Psychiatrische Dienste Thurgau**  
Spital Thurgau AG

## Erster Arbeitsmarkt



- Die Bereitschaft seitens der Arbeitgeber psychiatrische Erkrankte im Arbeitsprozess zu halten ist unterschiedlich
- In der Regel ist die Bereitschaft einerseits im Zusammenhang mit einer „Firmendoktrin“ zu sehen, besonders aber stark individuell von einzelnen Vorgesetzten und Personalverantwortlichen abhängig
- Grundsätzlich gilt: Je früher der Arbeitgeber einbezogen werden kann, je motivierter ist er für Eingliederungsmassnahmen. Problematik: Auch hier sind Eingliederungsverantwortliche häufig Mitarbeiter der Versicherungen (IV) und nur bedingt psychiatrisch geschult
- In diesem Bereich kommt den Arbeitscoachs der sozialpsychiatrischen Teams eine besonders wichtige Funktion zu
- Insbesondere Arbeitgeber in den KMU sind auf Vermittlung von psychiatrischem Grundwissen im Umgang angewiesen
- Ein Soziallabel für Betriebe wäre zu diskutieren

19.10.2011

 **Psychiatrische Dienste Thurgau**  
Spital Thurgau AG

## Supported Employment



- Supported Employment ist effektiv und evidenzbasiert
- Der Grundsatz lautet: First place, then train; statt des üblicheren First train, then place
- Auch hier gilt: Je früher die Massnahme gestartet werden kann, um so besser ist die Prognose (Hepp et al. 2011)
- Der Einsatz des Job Coaches kann allerdings – zwar verdünnt – aber vermutlich nur in seltenen Fällen ganz sistiert werden
- Störungsspezifisches Supported Employment (z.B. für Persönlichkeitsstörungen)

## Einfache Tagesstrukturierung



- Finanziell unkomplizierte Angebote zur „einfachen“ Tagesstrukturierung sind gezielt zu schaffen, auch in Hinblick auf eine rasche Arbeitsrehabilitation.
- Häufig scheitern ambulante Angebote, da keine sinnvolle Tagesstruktur innert nützlicher Frist aufgebaut werden kann).
- Tagesstrukturierung für Schwerstkranke (Modell „Offenes Atelier“ in Münsterlingen)

## Suchtbereich



- Im Suchtbereich treten derzeit vermehrt Fragestellungen bei Leistungsstopps der Versicherer auf. Dies hängt häufig mit unklaren Auskünften der Versicherten hinsichtlich ihrer geschuldeten Prämienleistungen zusammen, aber auch direkt oft mit unklaren Auskünften durch die Versicherung selbst.

## Migration



- Besonderes Augenmerk ist zu richten auf Fragen der Migration
- Ein zunehmend grössere Zahl von Patienten mit Migrationshintergrund brauchen sozialpsychiatrische Unterstützung
- Diese Patienten sind im Rahmen ihrer Erkrankung zusätzlich mit Themen ihrer Emigration und nicht selten daraus resultierender Stigmatisierung konfrontiert
- Migrationsspezifische Kenntnisse sollten in den sozialpsychiatrischen Behandlungsangeboten etabliert werden (z.B. „kulturspezifische Module“)

## Globalisierung



- Neue Probleme
- Ausschaffungsfälle
- Nicht einfach zu integrierende Konflikte

19.10.2011

## Prämissen, die zu wenig hinterfragt werden



- Wo kann eine (zu frühe oder zu lange oder falsche) Behandlung und Psychiatrisierung oder Psychotherapisierung am Ende schaden?
- Positive Langzeitverläufe z.B. auch von Psychosen werden zu wenig beachtet (Ciompi & Müller, 1976; McGlashan, 1988; Harding, 2003)

19.10.2011

## Arbeit und Wohnen



- Seit längerem wird von verschiedenen Seiten kritisiert, dass die stark an Arbeit und Wohnen (am Beispiel der „Gesunden“) ausgerichteten Rehabilitationsziele vermutlich nicht (mehr) der Wirklichkeit entsprechen, bzw. eine grössere Gruppe von Patienten in ihren Wunschvorstellungen nicht erfasst

19.10.2011

## Realistische Rehabilitationsziele und Gesellschaft



- Der Spannungsbogen zwischen realistischen Rehabilitationszielen, die man mit Patienten fokussieren kann und den realen gesellschaftlichen Anforderungen (die ja auch schon oft für „Normale“ immer anspruchsvoller werden) wird immer problematischer

19.10.2011

## Vermittlungsfunktion



- Die Ambulantisierung fordert auch die gesellschaftliche Akzeptanz heraus, sei dies von Familienangehörigen, Nachbarn und Arbeitgebern oder von Arbeitskollegen
- Die in der Sozialpsychiatrie Tätigen haben in Bezug zur Erreichung dieser Akzeptanz sowohl in der täglichen Arbeit wie im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit ein grosse Verantwortung.
- Spezifische Beratungsangebote für Familienangehörige, Arbeitgeber, Behördenmitarbeiter, Vermieter, Vereine und Anbieter von Freizeitangeboten etc. nicht im Sinne von Gruppenangeboten sondern für fallspezifische Beratung/Unterstützung.

## Aufgaben sozial-psychiatrisch Tätiger in Zeiten knapper Ressourcen



- Sozialpsychiatrische „Triage“ (bei wem braucht es, „lohnt“ sich welches Investment)
- Stärkerer Einbezug der Empfänger (Weg von einer passiv-konsumptiven Haltung)
- Bestimmen oder Identifizieren des „Case Managements“
- Weitergeben des Drucks an die zuständigen Sozialämter bzw. Vormundschaftsbehörden
- Erkennen der eigenen Grenzen

## Neue Visionen notwendig?



- Wenn also die bisherigen Rehabilitationsziele sich zunehmend von der sozialen Wirklichkeit und den Wünschen vieler Patienten entfernen, bräuchte es von daher ev. grundsätzlich neuer Überlegungen
- Es ist kein Zufall, dass – oft nicht reflektiert – daher z.B. alte Konzepte wieder auftauchen („Familienpflege“, „IV-Langzeitplätze“ etc.)

## Social Neuroscience



- Eine neue, stark von der Evolutionstheorie geprägte Wissenschaft zeigt, wie stark unser Verhalten sozial determiniert ist, bis hin zu neurobiologischen und genetischen Aspekten
- An sich bestünden hier auch Anregungen zu einer Renaissance der „Sozialpsychiatrie, als der Unterdisziplin der Psychiatrie, deren Ziel es ist, Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen in ihrer Wechselwirkung mit der sozialen Umwelt zu behandeln und zu verstehen“ (Definition SGSP 1993)