

Möglichkeiten und Chancen der Integrierten Versorgung in der Praxis

MIT AMBULANTER UNTERSTÜTZUNG MUSS BETTINA S. AUCH IN KRISENZEITEN

NICHT MEHR INS KRANKENHAUS **VON SABINE STRATMANN UND BARTHOLOMÄUS RYMEK**

► Bettina S. ist 45 Jahre alt. Seit ihrem 16. Lebensjahr zeigte sie erste Symptome einer psychischen Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Mehrere Krankenhausaufenthalte waren die Folge.

Bereits mit 18 Jahren verheiratet, bekam sie früh ihren Sohn. Ihre Familie gab ihr Halt und Stütze, weshalb sie 15 Jahre lang psychisch stabil blieb. In dieser Zeit gab es keine gesundheitlichen Einbrüche. 2013 zog ihr Sohn wie geplant aus der gemeinsamen Wohnung aus. Leider schaffte er es nicht, sein Leben autonom und eigenverantwortlich zu führen. Verlust von Arbeit und drohender Wohnungsverlust waren die Folgen. Die Sorge um ihn führte Frau S. in eine Krise. Im Jahr 2014 musste Frau S. deshalb mehrfach stationär psychiatrisch behandelt werden. Nach dem Klinikaufenthalt hat Frau S. selbst Kontakt zu einem ihr bekannten sozialpsychiatrischen Träger in der Nähe ihres Wohnortes gesucht. Im

Informationsgespräch wurden ihr unterschiedliche Unterstützungsmöglichkeiten vorgestellt, u.a. die Leistungen der Integrierten Versorgung. Nach Prüfung durch die zuständige Krankenkasse erhielt Frau S. die Einschreibegenehmigung und wurde in das Programm der Integrierten Versorgung aufgenommen. Seit der Aufnahme kam es bei Frau S. bis heute zu keinen weiteren Aufenthalten in einer psychiatrischen Klinik im Rahmen einer Akutversorgung.

Wie konnten erneute Klinikaufenthalte vermieden werden?

Die Integrierte Versorgung zielt auf die Stabilisierung zu Hause, im vertrauten Umfeld. Sie arbeitet deutschlandweit nach einem spezifischen Drei-Phasenmodell, in der die angebotenen Leistungen mit dem Patienten und dessen Netzwerk umgesetzt werden.

Grundsätzlich erlernen die Patienten in dieser Behandlungsform mithilfe ihres sozialen Netzwerks (Angehörige, Freunde, Familie, Kollegen) die Befähigung und Kompetenz, selbstsicher und langfristig krisenhafte schwierige Lebenssituationen bewältigen zu können.

Das heißt auch, sie versuchen mit der ambulanten Unterstützung ihre Ziele zu verwirklichen. Die IV ist eine an den Zielen des Patienten orientierte Behandlungsleistung, die sich in verschiedenen Phasen aufgliedert:

Einstiegsphase: Die erste schafft die Grundlagen für die nachfolgenden Phasen: Informations- und Erstgespräch, ärztliche Feststellung von Hilfebedürftigkeit (Assessment), Diagnosestellung, Entwicklung einer sozialen Netzwerkkarte, Netzwerkgespräche. Hausbesuche und die Erstellung eines Krisenplans wie auch die rund um die Uhr erreichbare Notfallnummer sichern das Er-



Foto: Bartholomäus Rymek

Bartholomäus Rymek und Sabine Stratmann im Patientengespräch

reichen der mit der Klientin vereinbarten Behandlungsziele.

Übergangsphase: Die zweite Phase steht unter dem Leitgedanken Erproben, Reflektieren, Korrigieren und Stabilisieren: Inhalte hier sind u.a. psychoedukative Elemente, Recovery (Konzept zur Wiedererlangung psychischer Gesundheit), weitere Verlaufsassessments, die Stärkung des sozialen Umfelds sowie Perspektiven zur Teilhabe an der Gesellschaft und am Arbeitsleben zu entwickeln.

Abschiedsphase: In der dritten Phase des Programms werden die Patientin und ihr Netzwerk auf das Ende der Unterstützungsleistung vorbereitet. Hierbei spielen Rückfallprophylaxe, Absicherung durch das Netzwerk, Bilanzierung, Abschlussbeurteilung und gegebenenfalls Anschlussmaßnahmen eine wesentliche Rolle.

Parallel zum oben beschriebenen Phasenmodell stellt die sofortige Erreichbarkeit mit darauf folgenden schnellen Hilfen im häuslichen Umfeld ein wesentliches Merkmal der Integrierten Versorgung dar. Es gibt während der ganze Zeit eine Krisenhotline mit angeschlossenem Krisendienst und bei Bedarf ein Krisenappartement.

Welche Faktoren waren für Frau S. bedeutsam?

Frau S. schildert in einem Bilanzierungsgespräch, dass für sie nicht nur der persönliche Ansprechpartner und die Möglichkeit der Nutzung einer Krisenwohnung, sondern auch das Wissen über die ständige Erreichbarkeit und der schnelle unbürokratische Kontakt zum Krisendienst wichtig waren. Die regelmäßig stattfindenden Gespräche zusammen mit dem Ehemann sowie dem behandelnden Facharzt, wie auch das erworbene Wissen über die eigene Erkrankung erleichterten ihr die Bewältigung der Krise.

Gemeinsame Gespräche der Mitarbeiter mit dem Sohn und einer guten Freundin lehnte sie bis zum Ende der Behandlung ab. Sie hat die Behandlung nach drei Jahren als für sie erfolgreich beendet.

Ein tragfähiges Netz

Die Integrierte Versorgung hat sich in der Praxis als ein innovativer und flexibler Behandlungsansatz in der Gemeindepsychiatrie bewährt. Es ist ein deutschlandweit flä-

chendeckendes Angebot für Menschen, die eine Alternative zur stationären psychiatrischen Behandlung suchen. Die Leistungserbringer eines Bundeslandes haben sich meist in einer Managementgesellschaft organisiert (in dem beschriebenen Fall aus Nordrhein-Westfalen ist es die GPG NW – Gesellschaft für psychische Gesundheit Nordrhein-Westfalen). Die Managementgesellschaften in den Bundesländern haben sich in der BAG IV (Bundesarbeitsgemeinschaft Integrierte Versorgung) zusammengeschlossen. Sie ist dem Dachverband Gemeindepsychiatrie angegliedert. Zur Planung, Umsetzung, Überprüfung und Korrektur einheitlicher Qualitäts- und Leistungsstandards der Integrierten Versorgung finden deutschlandweit mehrmals im Jahr Praktikertreffen mit Vertretern aus den Bundesländern statt.

Die Unterstützung von Patientinnen und Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen und multimorbiden Erkrankungsverläufen erfordert eine gesundheitsorientierte, vernetzte Betreuung und Begleitung, die neben den professionellen Angeboten besonders das unmittelbare soziale Netzwerk der Betroffenen aktiv in den Behandlungsprozess einbezieht. Die Integrierte Versorgung sollte deshalb aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ein wichtiges festes und modernes Regelleistungsangebot in der Gesundheitsversorgung dieser Zielgruppe bleiben.

Allerdings bleibt auch zu beschreiben, dass diese integrierte Leistung, an der viele Professionen beteiligt sind, ein hohes Maß an Kooperationsfähigkeit erfordert. Wenn auch innovativ und flexibel im Handeln, benötigen viele Patienten mit chronifizierten Krankheitsverläufen viel Zeit, sich auf ambulante Settings einlassen zu können. Und auch die Teammitglieder brauchen Zeit, sich abzusprechen und gegebenenfalls andere Dienstleister mit ins Boot zu holen. Zeit, die ökonomisch eben an manchen Stellen wohl nicht tragbar erscheint.

Langfristig sinnvoll – so auch das Resümee der praktischen Arbeit – scheint uns die enge Verzahnung von stationären sowie ambulanten gemeindepsychiatrischen Angeboten, die sich auf Augenhöhe begegnen können. ◀

Sabine Stratmann ist Bereichsleitung sowie Projektleitung für die Integrierte Versorgung bei der INTEGO GmbH in Oberhausen.

Bartholomäus Rymek ist geschäftsführender Vorstand der Sozialpsychiatrischen Initiative Paderborn e.V.

Gemeinsam Suizide verhindern.



Jedes Jahr sterben in
Deutschland 10.000
Menschen durch Suizid.
Freunde fürs Leben
wollen das ändern.

Freunde fürs Leben helfen, Suizide zu verhindern. Durch gezielte Informationsvermittlung über Warnsignale, Hilfsangebote und Therapiemöglichkeiten ist Suizidprävention möglich. Freunde und Familie werden zu Lebensrettern, wenn sie über die Problematik Bescheid wissen. Mit kreativen und jugendlichen Projekten und Kampagnen wollen Freunde fürs Leben mehr Akzeptanz für die Tabu-Themen Depression und Suizid erzeugen. Damit Depressionen besser erkannt und Hilfsangebote schneller genutzt werden.

