

Uwe Wegener

WAS ERWARTEN MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN KRISEN VON EINER INTEGRIERTEN VERSORGUNG?

VPSG-JAHRESTAGUNG 2013: VERNETZUNG UND INDIVIDUELLE FREIHEIT - WIEVIEL NETZ BRAUCHT EIN MENSCH?

Lieber Herr Mönter, meine sehr verehrten Damen und Herren,
ich danke Ihnen herzlich für die Gelegenheit hier die Erwartung
eines Menschen mit der Erfahrung schwerwiegender
psychischen Krisen an die Integrierte Versorgung darzustellen.

Der Dialog ist bipolaris von Anfang an wichtig gewesen. Wir
streben einen gleichberechtigten Austausch auf Augenhöhe von
Menschen mit Bipolaren Störungen, ihrer Angehörigen und
professionellen Helfern an. Wir verstehen uns aber auch als
Interessenvertretung und wirken in Gremien des
psychiatrischen Hilfesystems mit.

Daraus ergibt sich schon die erste Anforderung an die
Integrierte Versorgung: Hier geht es um die Entwicklung neuer
Modelle. Und hierbei muss man die Adressaten dieser Modelle
von Anfang an und konsequent einbeziehen: In der Konzeption,
in der Durchführung und im Qualitätsmanagement. Konsequent
einbeziehen heißt, dass Experten aus Erfahrung, die wir nun mal
sind, auch regelmäßig und bezahlt mitarbeiten.

ZUM BEGRIFF DER VERSORGUNG

Bevor ich entsprechend des Titels des Vortrages zu weiteren
Erwartungen an die IV aus Sicht der Nutzer komme, möchte ich
doch noch einmal grundsätzlich auf den Begriff der integrierten
Versorgung einzugehen und die Frage stellen, was heißt
eigentlich Integrierte Versorgung?

Dabei geht es natürlich um Versorgung. Als ich zum ersten Mal
auf einem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Bipolare
Störung von einem Symposium zur „Versorgungssituation“
gehört habe, da wusste ich mit dem Begriff nichts anzufangen.
Ich habe eher an die Wasserversorgung oder die Versorgung von
Menschen in Krisengebieten gedacht, wusste überhaupt nicht,
was dies mit psychisch Kranken Menschen zu tun hat. Ging es
dabei um Einrichtungen wie die Stadtmission oder die Berliner
Tafel?

Ich glaube, so wie mir geht es vielen Menschen, die nicht als
Profis im Gesundheitssystem arbeiten. Sie können mit dem
Expertenbegriff „Versorgung“ und noch weniger mit dem Begriff
„Integrierte Versorgung“ etwas anfangen. Da ergibt sich für mich
schon die nächste Forderung an die Integrierte Versorgung:
einen besseren Namen zu finden.



*Uwe Wegener hat seit seiner
Jugend Erfahrungen mit
Hypomanien und Depressionen und
hat diverse Psychopharmaka
versucht.*

*Er ist Vorsitzender von
[bipolaris e. V.](http://bipolaris.e.v.)*

*Dieser Vortrag wurde am
22.11.2013 in einem Symposium im
Rahmen der Tagung „Vernetzung
und individuelle Freiheit - Wieviel
Netz braucht ein Mensch?“
gehalten.*

*Die Tagung fand anlässlich des
10-jährigen Bestehens des Vereins
für Psychiatrie und seelische
Gesundheit (VPSG) e. V. in Berlin-
Dahlem statt.*

*Kontakt:
bipolaris – Manie & Depression
Selbsthilfevereinigung
Berlin-Brandenburg e. V.*

*Jeverstr. 9
12157 Berlin*

*Uwe.Wegener@bipolaris-mail.de
www.bipolaris.de*

*Copyright © 2013 Uwe Wegener,
bipolaris – Manie & Depression
Selbsthilfevereinigung Berlin-
Brandenburg e. V.*

*Vervielfältigung im Ganzen oder in
Teilen ist ohne ausdrückliche
Genehmigung des Autors. in
jeglicher Form auf jedem Medium
verboten.*

Aber hier sind wir ja unter Experten und ich selbst beschäftige mich nun schon einige Zeit mit diesem Thema, als ein Mensch, der schwere psychische Krisen erlebt hat und vielleicht auch wieder erleben wird. In der Selbsthilfe und in meiner Tätigkeit als Berater für andere betroffene Menschen spielt die Versorgungsrealität eine große Rolle.

Von einer wirklich vollständig integrierten Versorgung kann man erst reden, wenn die Kooperation aller an der Unterstützung bzw. Begleitung des Menschen mit schweren psychischen Krisen gegeben ist. Es geht darum, abgestimmte und passgenaue Unterstützungsleistungen für diese Menschen anzubieten.

Für diese Unterstützungsleistungen sollte es egal sein, aus welchem SGB sie finanziert werden, das heißt, es geht nicht nur um die Leistungen innerhalb eines der SGB V oder XII, sondern auch um den Einbezug der anderen SGBs, als da wären die SGB II/III Arbeit, SGB VI Rente, SGB XI Pflege und bei Bedarf auch SGB VIII Jugendhilfe. Und es geht um die Einbeziehung auch der Unterstützer, die aus keinem SGB bezahlt werden, um die Angehörigen und Freunde, des sozialen Umfelds und gegebenenfalls auch des Arbeitgebers. Erst dann ist für mich das Ziel einer vollständigen integrierten Versorgung oder, vielleicht ist dies ein besserer Begriff, einer koordinierten und vernetzten Unterstützung erreicht.

Ich weiß, dass dieses große Ziel nicht von heute auf morgen erreichbar ist. Aber es gibt schon in einigen Regionen unseres Landes ermutigende Beispiele, wo Teile davon verwirklicht sind. Es gibt Modelle einer sektorübergreifenden Versorgung innerhalb der krankenkassenfinanzierten Leistungen, wo die Durchlässigkeit und Koordinierung zwischen ambulant, teil- und vollstationär gegeben ist. In Gemeindepsychiatrischen Verbänden können Teile einer integrierten Versorgung zumindest innerhalb des SGB XII verwirklicht werden. Auch gibt es Krisendienste mit Lotsenfunktion und medizinischer und therapeutischer Kompetenz, die SGB-übergreifend finanziert werden.

DIE REALITÄT

Doch wie sieht die Realität aus, wie wir sie tagtäglich erleben? In Berlin haben wir eine Vielzahl von Angeboten sowohl im primär therapeutischen Bereich als auch im so genannten komplementären Bereich. Jedoch ist es sehr schwer, als Mensch mit psychischen Krisen herauszufinden, welche Hilfen existieren und welche zu einem passend sind. Viele Spezialisten, wissen von dem, was außerhalb ihres Fachgebietes passiert, leider wenig. Man könnte sagen, sie leiden an einer Déformation professionnelle. Auch ist die Kommunikation zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitssystems oftmals mangelhaft. Hier einige Beispiele: Es dürfte der Regelfall sein, dass die Kommunikation zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Krankenhaus nur aus Überweisung und Arztbrief besteht; der ambulante Psychotherapeut wird meist gar nicht erst informiert. Auch zwischen Psychotherapeuten und Nervenärzten herrscht oftmals Funkstille statt dass das Vorgehen gemeinsam abgestimmt wird. Ich erwarte nicht, dass mein Psychotherapeut sich mit allen Medikamenten auskennt; aber zumindest das grundsätzliche Behandlungsschema einer bipolaren Erkrankung sowie die häufigeren unerwünschten Wirkungen von Psychopharmaka sollte er kennen. Der Psychotherapeut wiederum hat Informationen, die für die weitere ärztliche Begleitung wertvoll wären, dort aber nicht ankommen. Einrichtungen des komplementären Hilfesystems wiederum setzen im Krisenfall darauf, dass das Krankenhaus es schon richten wird; die Klinik wird als Black Box gesehen, in die ein Mensch mit Krise hineingeht und hoffentlich in einem handlebaren Zustand wieder heraus kommt. Ich will damit nicht sagen, dass es keine Ärzte, Therapeuten, Sozialarbeiter usw. gibt, die im Austausch miteinander stehen; aber auf jeden Fall sind die Kooperationsbeziehungen zwischen den Akteuren des psychiatrischen

Hilfesystems an persönliche Kontakte von Einzelpersonen geknüpft und nicht institutionell verankert.

Und doch bin ich hoffnungsfroh: Zumindest innerhalb des Bereichs der kassenfinanzierten Leistungen geht der Trend eindeutig zur Integration. Einerseits weil diese vorteilhaft für Menschen mit der Disposition für schwere psychische Krisen ist; andererseits, und das ist vermutlich der schwerwiegendere Grund, weil die Kassen hoffen, dass sich die Kosten senken lassen und die Leistungserbringer bei Strafe des Untergangs oder zumindest der Verringerung ihrer Bedeutung sich diesem Trend anschließen müssen. Die Frage dabei ist, wer wird derjenige sein, der die Fäden in der Hand hält? Die Kliniken, Arztnetze, Gemeindepsychiatrische Verbände oder sogar Managementgesellschaften? Ich hoffe natürlich, dass es die Betroffenen selber sind, die die Fäden in der Hand halten werden. Und wie läuft die konkrete Ausgestaltung ab? Inwieweit werden die Ansprüche und Forderungen der betroffenen Menschen berücksichtigt?

BEGLEITUNG UND UNTERSTÜTZUNG

Bevor ich nun zu meinen Erwartungen oder auch Forderungen an die Integrierte Versorgung komme, möchte ich noch **grundsätzlich auf die Ziele einer Begleitung** von Menschen mit der Disposition für schwere psychische Krisen eingehen.

Als Berliner sage ich: Det Ziel von det Janze iss'et, det dit den Piepeln jut jeht.

Übersetzt: Es geht darum, dass es dem Menschen gut geht.

Im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention heißt dies, dass jeder Mensch in seinem Anderssein akzeptiert wird und volle Teilhabe an allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens hat. Um Inklusion.

Dazu erwarte ich von den Professionellen im Psychiatrischen Hilfesystem Respekt vor dem besonderen Menschen; den Patienten / Klienten / Betroffenen oder wie auch immer er genannt wird. Er darf nicht als Fall sondern muss als Mensch gesehen werden. Der Blick muss auf die Ressourcen statt auf die Symptome und Defizite gerichtet werden.

Ziel ist die Stärkung der Eigenverantwortung des Betroffenen. Dies kann nur durch eine Begleitung und Unterstützung in dem individuellen Prozess des Empowerments und Recovery geschehen. Im Mittelpunkt muss der Wille des Betroffenen stehen, das Gespräch mit ihm und seinem sozialen Umfeld statt des fürsorglichen „Wir wissen, was für dich bei dieser Erkrankung richtig ist“. Zwang ist zu vermeiden; im Falle direkter Gefährdung muss stattdessen zu erlernten und trainierten Deeskalationsmaßnahmen gegriffen werden.

ANFORDERUNGEN AN DIE IV

Für die integrierte Versorgung ist eine der wichtigsten Anforderungen eine **gleichberechtigte Kommunikation** möglichst vieler Akteure. Die Ärztin in der Klinik muss mit der Kollegin, die den Betroffenen betreut, sprechen, genauso wie beide sich mit den anderen klinischen und ambulanten Therapeuten austauschen müssen. Im Weiteren muss die Arbeit auch über die Grenzen der SGBs hinaus erfolgen.

Dabei sollte es keine Kommunikation über den Betroffenen geben, sondern die Kommunikation muss mit dem Betroffenen geschehen. Hier gilt die Formel der UN-Konvention: „Nichts über uns ohne uns“

Mögliche Formen der Kommunikation sind der Open Dialog bzw. Netzwerkgespräche, bei denen alle relevanten Unterstützerinnen und Begleiter sowie die direkt Betroffenen und die mittelbar Betroffenen zusammen kommen, gemeinsam die Probleme strukturieren

und an ihrer Lösung arbeiten. Dies geschieht mit den wichtigen natürlichen Bezugspersonen, mit gewachsenen natürlichen Beziehungen und Bindungen; das persönliche Netzwerk des Patienten wird als Ressource genutzt.

Eine **Kontinuität der Begleitung** durch dieselben Personen über längere Zeiträume und Sektorengrenzen hinweg muss angestrebt werden. Im Idealfall betreuen dieselben Personen in Klinik und Ambulanz, die den betroffenen Menschen schon längere Zeiten kennen, sowohl in Krisensituationen als auch in weniger stürmischen Zeiten. Dies kann z. B. durch Behandlungsteams geschehen, die einen betroffenen Menschen über längere Zeit begleiten. In diesen Teams sollten verschiedene Professionen vertreten sein: Ärzte, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Soziotherapeuten, Krankenpfleger, Psychiatrie-Erfahrene Menschen... Nicht immer muss die Ärztin oder die Psychotherapeutin die Ansprechpartnerin des Betroffenen sein. Oftmals sind Bezugsbegleiter in Form von Sozialarbeitern, Krankenschwestern oder auch andere Psychiatrie-Erfahrenen mindestens genauso hilfreich.

Ein wesentliches Ziel der IV ist die Reduktion der stationären Zeiten. Zurzeit gibt es viel zu viele stationäre Aufnahmen nur weil entsprechende ambulante Angebote fehlen. Eine Reduktion kann nur erreicht werden, wenn es ambulante Konzepte gibt, nach denen Krisen aufgefangen werden können. Krisen richten sich leider nicht nach den Sprechzeiten, Terminkalender und Arbeitsbelastungen von Ärzten und Therapeuten. Zur Krisenbegleitung gehört eine Betreuungsdichte, die der aktuellen Problemlage angepasst ist. Zeitpunkt, Dauer und Frequenz der Begleitung müssen hochflexibel sein. Diese Begleitung muss nicht durch einen Arzt oder eine Psychotherapeutin erfolgen. Aber im Notfall müssen diese erreichbar sein. Es braucht ein abgestimmtes Krisenvorgehen inklusive einer 24-Stunden-Erreichbarkeit eines kompetenten Ansprechpartners, idealerweise aus dem eigenen Behandlungsteam. Bei Bedarf müssen Krisenteams schnell vor Ort sein können, nötigenfalls auch mit ärztlicher Unterstützung.

Die angesprochenen Krisen fallen nicht vom Himmel. Sondern sie haben im Allgemeinen etwas mit der Lebenswelt des Betroffenen zu tun. So muss die Begleitung möglichst in der **Lebenswelt des betroffenen** Menschen geschehen. Um Klinikaufenthalte zu vermeiden ist es manchmal notwendig, den Klienten aufzusuchen. Aber auch um einen Eindruck von der Lebenswelt des Klienten zu haben, deren Ressourcen und Problematiken zu erkennen sowie um mit seinem sozialen Umfeld in Kontakt zu treten ist das Aufsuchen notwendig. Eventuell findet sich auch dort die Lösung und nicht nur in einer medizinischen Behandlung. Auch hier gilt wieder, dass die multiprofessionelle Zusammenarbeit aller Akteure gefordert ist.

Psychiatrie, also auch in die IV, muss in die Gesellschaft hinein wirken. Inklusion ist nur möglich, wenn die Gesellschaft bereit ist, Menschen in ihrer Besonderheit zu akzeptieren und gleichberechtigt teilhaben zu lassen. Auch hier sehe ich eine Aufgabe der Psychiatrie, sie muss Motor dieser Änderung sein, Lobby für Menschen mit schwierigen psychischen Krisen und sie muss gesellschaftliche Prozesse mitgestalten, auf lokaler, regionaler, überregionaler und gesamtgesellschaftlicher Ebene. Hier erweitert sich das Tätigkeitsfeld des psychiatrischen Hilfesystems und seiner Akteure. Überhaupt glaube ich, dass ein System der Integrierten Versorgung, gerade wenn die Psychiater dabei wesentliche Akteure sind, eine Veränderung dieses Berufsbildes hervor bringt. Vielleicht nähert sich das Berufsbild des Psychiaters dem eines anderen Seelsorgers, dem Pfarrer an. Er sollte sich sowohl den individuellen Nöten als auch der Gemeinde widmen. Eine solche Aufgabenerweiterung braucht natürlich nicht nur eine Haltungsänderung, sondern Geld, dass aber hoffentlich an anderer Stelle eingespart werden kann.

Über unterschiedliche Finanzierungssysteme wie aufwandsabhängige Entgelte, indikationsbezogene Festbeträge, Fallpauschalen, Regionalbudgets usw. möchte ich hier

nicht sprechen. Alle haben ihre Vor- und Nachteile. Misslich ist aber ein selektiver Zugang nach Kassenzugehörigkeit, Diagnose und dem sogenannten Schweregrad der Erkrankung. Hier besteht die Gefahr, dass die schwer erkämpfte regionale Pflichtversorgung aufgegeben wird. Jeder muss Zugang zu den besonderen Leistungen der IV haben. Auch die so genannten Leichterkranken haben Anspruch auf angepasste Angebote in ihrer Lebenswelt. Dies ist nicht nur ethisch, sondern auch betriebs- und volkswirtschaftlich sinnvoll. Wiederum muss verhindert werden, dass im Falle von Pauschalzahlungen Menschen, die höhere Kosten verursachen, wieder aus der IV gedrängt werden.

Kurz vor Ende möchte ich noch auf einen Bereich eingehen, der bei der Integrierten Versorgung besonders beachtet werden muss, nämlich der Datenschutz: Neulich las ich in der Ärztezeitung einen begeisterten Artikel über eine IV in München und wie einfach der Zugriff für alle Beteiligten auf eine gemeinsam geführte elektronische Patientenakte sei. Einerseits scheint eine solche Patientenakte unverzichtbar, die von den Beteiligten der Integrierten Versorgung eingesehen werden kann. Andererseits zeigt uns die aktuelle NSA-Affäre, wie es um den Datenschutz im Netz bestellt ist. So dürfen nur die unbedingt erforderlichen Daten online gestellt werden. Es müssen Regelungen und technische Vorkehrungen gefunden werden, die dafür sorgen, dass ein jede nur Zugriff auf die Daten hat, die sie auch braucht. Der Betroffene allerdings hat ein Recht, alle über ihn vorhandene Dokumentation einzusehen; dies muss auch bei DV-technisch geführten Patientenakten der Fall sein.

ZEHN FORDERUNGEN – DIE ZUSAMMENFASSUNG

Zum Schluss fasse ich noch einmal die Erwartungen an die IV zusammen:

1. Die Kommunikation und Kooperation innerhalb des psychiatrischen Hilfesystems ist mangelhaft
2. Integrierte Versorgung bietet die Hoffnung auf bessere Kooperation, weniger stationäre Zeiten und zusätzliche Leistungen und damit höhere Qualität
3. Ziel ist auch die Sektoren- und SGB-übergreifende Zusammenarbeit, zumindest im SGB V wird die IV kommen
4. Eine jede Unterstützung muss den Willen des Betroffenen und seiner Angehörigen respektieren, ressourcenorientiert und auf Recovery und Inklusion ausgerichtet sein.
5. Menschen mit der Erfahrung schwerwiegender psychischer Krisen müssen regelhaft und bezahlt in Entwicklung, Durchführung und Evaluierung der IV einbezogen werden
6. Die Unterstützung muss in der Lebenswelt des Betroffenen passieren. Dazu sind aufsuchende Arbeit und Einbeziehung des sozialen Umfeldes sowie Multiprofessionalität notwendig.
7. Notwendig sind kontinuierliche Begleitung und Krisenkonzepte, Zeitpunkt, Dauer und Frequenz der Begleitung müssen hochflexibel sein.
8. Die regionale Pflichtversorgung muss beibehalten werden, die IV Regelfall und für jeden zugänglich sein.
9. Entgeltsystem müssen die richtigen Anreize setzen
10. Der Datenschutz muss beachtet werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!