

„Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen – ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept!“ – Vierter Bericht an die Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz am 16.08.18

5 Jahre Psychiatriereform in Bremen – eine Zwischenbilanz

Inhalt

1	Ausgangssituation	3
2	Maßnahmen	4
2.1	Begleitgruppe	4
2.1.1	Mitglieder	4
2.1.2	Aufgaben	4
2.1.3	Externe ExpertInnen	5
2.2	Qualitätsindikatoren.....	6
2.3	Modellprojekte	6
2.4	Workshop GPV	8
2.5	Veranstaltungsreihe Psychiatrie 2.0.....	8
3	Stand der Entwicklung der Psychiatriereform im Land Bremen	9
3.1	Gemeindepsychiatrische Verbände	9
3.2	Erprobung eines Regionalbudgets nach § 64 b SGB V	10
3.2.1	Stellungnahme der Externen ExpertInnen zur Umsetzung eines § 64b-Modells in Bremen	10
3.2.2	Mobile Psychiatrie Bremerhaven	11
3.2.3	Transformationskonzept des Zentrums für psychosoziale Medizin, Klinikum Bremen-Ost	12
3.2.4	Modellkonzept für eine regionale psychiatrische Behandlung und Betreuung von Menschen mit schweren, akuten und chronischen psychischen Erkrankungen sowie komplexen Hilfebedarfen in Bremen am Beispiel der Region Bremen-West.....	12
3.3	Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen.....	13
3.4	Weiterentwicklung der krankenhausbezogenen Psychiatrie in Richtung ambulanter Orientierung/ Aufbau von Home-Treatment	14
3.4.1	Klinikum Bremerhaven Reinkenheide (KBR)	14
3.4.2	Behandlungszentrum Bremen Nord (BHZ-NORD).....	14
3.4.3	Klinikum Bremen Ost (KBO).....	14
3.4.4	Ameos Klinikum Dr. Heines (AKH)	15
3.5	Verbraucherschutz	16
4	Versorgungslücken	16

4.1	Menschen mit komplexen Hilfebedarfen.....	16
4.2	Doppeldiagnose.....	16
4.3	Frauen mit peripartalen Depressionen	17
4.3.1	Angebote im Behandlungszentrum Nord.....	17
4.3.2	Klinikum Bremen-Ost.....	17
4.3.3	Klinikum Bremerhaven Reinkenheide	17
5	Rahmenkonzept der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz zur Umsetzung der Psychiatriereform	18
5.1	Gemeindepsychiatrische Behandlungseinheit (GBE)	18
5.2	Umsetzung/Regionale Ressourcen nutzen.....	20
5.3	Steuerung	20
6	Stellungnahmen.....	20
7	Ausblick.....	20

1 Ausgangssituation

Vor fünf Jahren, am 13.03.2013, wurde einstimmig der Bürgerschaftsbeschluss "Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen- ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept!" gefasst. Hier werden folgende Aufgaben benannt:

1. ein Konzept zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform für die Jahre 2013-2021 zu erarbeiten. Dabei sind insbesondere folgende Aspekte zu berücksichtigen und ggfs. mit den Leistungsträgern zu verhandeln:
 - a) Gemeindepsychiatrische Verbände (der Teilregionen und übergreifend für das Land Bremen) als Organisationsform
 - zur Abstimmung unter den relevanten Akteurinnen und Akteuren,
 - zur Steuerung und weiteren Entwicklung sowohl in der personenzentrierten Behandlung als auch in der kooperativen Vernetzung der Anbieter,
 - zur Abstimmung der Angebote sowie für die Verhandlungen mit den Leistungsträgern;
 - b) Vorlagen zur Erprobung von Regionalbudgets im Bereich des § 64b SGB V und im Bereich des SGB XII;
 - c) Einbeziehung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen mit dem Ziel einer Verbesserung der psychiatrischen Versorgung und für die Evaluation der Weiterentwicklung der Psychiatriereform;
 - d) Festlegung von Steuerungsverantwortung auf den verschiedenen Ebenen der Versorgung;
 - e) Aufbau eines Verbraucherschutzes in der psychiatrischen Versorgung als Teil einer internen, wissenschaftlich fundierten regionalen Qualitätssicherung;
 - f) Vorschläge für Maßnahmen zur Prävention und Inklusion in den Lebensbereichen Familie und Wohnumfeld, Bildung und Arbeit, Freizeit und Mitwirkung in der Zivilgesellschaft für das Land Bremen.
2. Der Deputation für Gesundheit ist regelmäßig über die Fortschritte des gesundheitspolitischen Entwicklungsprojektes zu berichten. Der erste Bericht soll im Frühjahr 2013 erfolgen.

2 Maßnahmen

Zur Umsetzung der Psychiatriereform hat die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz verschiedene Maßnahmen ergriffen, die im Folgenden dargestellt werden.

2.1 Begleitgruppe

Zur Steuerung und Koordination der Umsetzungsvorhaben zu den oben genannten Punkten wurde Anfang 2014 die so genannte „Begleitgruppe Weiterentwicklung Psychiatrie“ ins Leben gerufen. Die Begleitgruppe ist eine Arbeitsgruppe des Landespsychiatrieausschusses und trifft sich vierteljährlich.

2.1.1 Mitglieder

Folgende Organisationen sind mit festem Sitz an der Begleitgruppe beteiligt:

- Landesverbände der Krankenkassen
- Psychotherapeuten- und Ärztekammer Bremen
- Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände
- Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen, Landesverband der Angehörigen
- Chefärzte der Kliniken/psychiatrischen Abteilungen des Landes Bremen
- Universität Bremen
- Landesbehindertenbeauftragter
- Bremische Krankenhausgesellschaft
- Magistrat Bremerhaven

2.1.2 Aufgaben

Hauptaufgabe der Begleitgruppe ist die Begleitung, Förderung und Bewertung der Psychiatriereform. Die Protokolle der Begleitgruppe sind eine Grundlage der Berichte im Landespsychiatrieausschuss und für Stellungnahmen an die Senatorin und die Gesundheitsdeputation.

Die Aufgaben umfassen konkret:

- Bewertung und Ausrichtung der Psychiatriereform
- Das Festlegen von Qualitätsindikatoren / Maßnahmen zur Überprüfung
- Die Bewertung und Begleitung der (geförderten) Modellprojekte
- Die thematische Ausrichtung der 2.0 Veranstaltungen
- Die Vorbereitung der Erstellung des Landespsychiatrieplans
- Die Befassung mit aktuellen Einflussfaktoren auf die Psychiatrische Versorgung (z.B. PsychVVG, Bundesteilhabegesetz (BTHG)...))
- Fortschreibung und Evaluierung des Landespsychiatrieplans
- Zusammenarbeit mit den externen ExpertInnen

Im vergangenen Jahr hat sich die Begleitgruppe schwerpunktmäßig mit den Qualitätsindikatoren und den Versorgungsangeboten in den Regionen beschäftigt. Zudem war die Begleitgruppe an der Auswahl und Auswertung der geförderten Modellprojekte beteiligt.

2.1.3 Externe ExpertInnen

Seit Mai 2017 wird die Begleitgruppe durch die „Externen ExpertInnen“ ergänzt, die die Entwicklung der Psychiatriereform in Bremen bewerten und unterstützen.

Die externen ExpertInnen sind:

- Frau Dr. Ingrid Munk, Chefärztin im Vivantes-Klinikum Neukölln
- Herr Prof. Dr. Karl Beine, Chefarzt am Marienhospital in Herne
- Dr. Christian Kieser, Chefarzt am Ernst von Bergmann Krankenhaus Neukölln
- Dr. Nils Greve, Vorsitzender Dachverband Gemeindepsychiatrie

In ihrer ersten Stellungnahme bewerten die ExpertInnen die Situation in Bremen wie folgt (Zusammenfassung):

- Das System der psychiatrischen Versorgung in Bremen sei sehr komplex. Durch die Aufteilung in fünf Versorgungsregionen liege die Größe mit etwa 110.000 Einwohner pro Sektor an der unteren Grenze des noch Sinnvollen. Bundesweit gebe es kein Versorgungssystem, in das so viel Geld fließe wie in die Bremer Psychiatrie. Im Bundesvergleich habe Bremen viele Psychiatrie-Betten. Auffällig sei darüber hinaus, dass mit den stationären Angeboten am KBO und am AMEOS Klinikum Dr. Heines ca. 450 Psychiatrie-Betten in einer Region konzentriert sind, während in den Regionen West, Mitte und Süd keine Betten vorgehalten werden. Dies stehe im Widerspruch zu den Regionalisierungsbestrebungen im Zuge der Psychiatriereform. Das Gleiche gelte für die überregional organisierte Versorgung von Psychiatriepatienten mit Drogengebrauch oder Borderline-Störung, die im AMEOS Klinikum Dr. Heines vorgehalten wird.
- Positiv bewertet wird das hohe Interesse der Bremer Politik an der Entwicklung der Psychiatrie. Die Gestaltungsmöglichkeiten würden nicht aus der Hand gegeben, alle wichtigen „Player“ seien an einen Tisch geholt. Vorbildlich und keineswegs selbstverständlich sei auch die Förderung von Modellprojekten und die Einbeziehung von Genesungsbegleitern in die Behandlungsprozesse.
- Wichtig für die weitere Entwicklung sei, dass die Ambulantisierung vom stationären Bereich ausgehe. Dabei sei es wichtig, Tendenzen einer zu kleinteiligen fachlichen Aufteilung entgegenzuwirken und stattdessen multiprofessionell im Team zu arbeiten. Ein §64b SGB V - Projekt sollte möglichst zeitnah initiiert werden, da das entsprechende Programm nur noch bis 2023 laufe. Insgesamt sei es aus der Außensicht schwer verständlich, warum es in Bremen bisher nicht gelungen sei, das vom Bund geforderte eine 64b-Projekt pro Bundesland auf den Weg zu bringen.
- Entscheidend für eine positive Entwicklung sei nicht zuletzt die Überwindung finanzieller Fehlanreize, mit denen derzeit ein belegtes Bett belohnt werde und ambulante Angebote schlecht bezahlt würden. Überwunden werden müsse darüber hinaus die Angst der Träger der ambulanten Versorgung vor ambulanten Angeboten der Kliniken. Die stationäre Behandlung sollte im Zusammenhang mit der Forderung nach mehr Ambulantisierung nicht per se negativ bewertet werden. Zu kritisieren sei aber, wenn die Entscheidung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung ökonomisch motiviert ist. Nötig sei daher eine offene Diskussion aller Beteiligten an der psychiatrischen Versorgung in Bremen, welche fachlichen und welche wirtschaftlichen Interessen jeweils bestehen.
- Die Träger sollten zunächst einzeln Versorgungskonzepte erstellen. Auf dieser Grundlage könne dann ein trägerübergreifendes Konzept entwickelt werden. Dabei sollte nicht in „Endlosschleifen“ die Zukunft der psychiatrischen Versorgung in Bremen diskutiert werden, sondern rasch die ersten Schritte getan werden.

- Fachliches Know-how und wirtschaftlicher Erfolg müssten weitgehend in Einklang gebracht werden. Dabei müssten Liquiditätsrisiken abgedeckt werden, die in einzelnen Quartalen auftreten könnten.
- Es sei wichtig, die ArbeitnehmerInnen ins Boot zu holen: Mögliche Veränderungen der Versorgungsstruktur dürften nicht als Bedrohung von Arbeitsplätzen angelegt und kommuniziert werden, sondern als Änderungen der Stellenprofile und/oder der Arbeitsprozesse.
- Ziel müsse letztlich sein, insbesondere schwerkranke PatientInnen, in die geeignetste Versorgungsform einzusteuern, d.h. bestmöglich zu versorgen. Dies gelte nicht zuletzt für die PatientInnen der Gerontopsychiatrie sowie psychisch kranke Menschen mit Drogenkonsum, die in bisherigen konzeptuellen Überlegungen in Bremen zu kurz kämen.

Die Stellungnahme zu einem § 64b SGB V -Modells wird im Kapitel 3.2 Erprobung eines Regionalbudgets wiedergegeben.

2.2 Qualitätsindikatoren

Die AG Qualitätsindikatoren der Begleitgruppe wird voraussichtlich Ende August der Begleitgruppe und im Folgenden dem Landespsychiatrieausschuss abgestimmte Qualitätsindikatoren vorlegen, die dazu dienen sollen, die Umsetzung der Psychiatriereform in den einzelnen Versorgungsregionen miteinander zu vergleichen.

Zum jetzigen Stand sind folgende Qualitätsindikatoren definiert worden, die jeweils mit einer Beschreibung zur Umsetzung und zur Messung des Grades der Umsetzung versehen sind:

- Informationsvermittlung und Übergaben zwischen den Leistungsanbietern
- Umsetzung Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV)
- Ausweitung lebensfeldnaher Versorgung - Einführung einer komplexen psychiatrischen Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment)
- Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen
 - o in Gremien
 - o Beschäftigung von GenesungsbegleiterInnen
 - o Fürsprache- und Beschwerdewesen
- Mobile Kriseninterventionsangebote rund um die Uhr
- Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen
- Vorrangigkeit von Lebensumfeld, Sozialräumlichkeit und Gemeinwesen
- Konzeption und Koordination einer regionenbezogenen Evaluation und Weiterentwicklung des psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgungssystems

2.3 Modellprojekte

Ein weiterer Meilenstein in der Umsetzung des Bürgerschaftsbeschlusses ist die Initiierung von Modellprojekten durch die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz. Für die Haushalte 2016/2017 und 2018/2019 wurden jährlich Modellprojektmittel in Höhe von jeweils 1,2 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der Bremischen Psychiatriereform konnten zahlreiche innovative Projekte und Initiativen im Sinne des Bürgerschaftsbeschlusses erprobt werden.

Modellprojekte werden in vier Schwerpunkten gefördert:

- Genesungsbegleitung
- Sektorübergreifende Zusammenarbeit und regionale Vernetzung
- Innovative Versorgungsangebote
- Krisenversorgung

Überblick Modellprojekte 2016 – 2018

Genesungsbegleitung	
Inhalte	Ergebnisse
Qualifizierung von GenesungsbegleiterInnen	Fünf Personen haben die Förderung in Anspruch genommen, drei konnten schon während oder direkt nach der Qualifizierung eine vergütete Arbeitstätigkeit aufnehmen.
Beschäftigung von GenesungsbegleiterInnen	Insgesamt 12 Arbeitsplätze für GenesungsbegleiterInnen wurden gefördert. Nach einem Jahr Förderung werden sie von den Arbeitgebern weiterbeschäftigt.
Coaching der Organisationen und der Beschäftigten	Erfolgreiche Unterstützung bei der Implementierung des Genesungsbegleitungsansatzes
Fazit	Die Modellprojekte sind sehr erfolgreich. Insbesondere im stationären Bereich werde zunehmend (auch ohne Förderung) GenesungsbegleiterInnen beschäftigt
Sektorübergreifende Zusammenarbeit und regionale Vernetzung	
Sektorübergreifende Behandlung (SÜB) Kooperation Klinikum Bremen Ost mit dem Arbeiter Samariter Bund und der Gapsy zur Verbesserung der Versorgung von Menschen, die häufig stationär aufgenommen werden.	In der 2. Förderperiode ist das Projekt weiter konkretisiert worden. Einzelne Leistungsangebote der Klinik müssen noch stärker einbezogen werden
Gemeindepsychiatrischer Verbund West	Wichtiger Impuls für die Einrichtung von trägerübergreifenden regionalen und überregionalen Fallkonferenzen
ExpertInnenteam Bremerhaven	Erfolgreiches Modell zur Versorgung von Menschen mit komplexen Hilfebedarfen
Erprobung Fürsprache- und Beschwerdestellen in Bremerhaven und zwei Bremer Stadtregionen	Projekt wird neu gefördert. Noch nicht zu bewerten.

Innovative Versorgungsangebote	
Inhalte	Ergebnisse
Frauenraum (frauenspezifischer Schutzraum) im Rahmen einer Tagesstätte	Dass Projekt wird gut angenommen. Es soll geprüft werden, ob das Projekt ab 2019 als Regelangebot etabliert wird
Transitionsmanagement in der Adoleszentenversorgung	Projekt wird neu gefördert. Noch nicht zu bewerten.
Beratung und Interventionen bei exzessivem Mediengebrauch	Projekt wird neu gefördert. Noch nicht zu bewerten.
Psychoedukation zur Stärkung der Emotionskontrolle für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen	Projekt wird neu gefördert. Noch nicht zu bewerten.
Genesungsbegleitung in der Suchthilfe	Projekt wird neu gefördert. Noch nicht zu bewerten.
Krisenangebote	
Nachtcafé Bremerhaven	Gut genutztes Angebot, das ausschließlich von GenesungsbegleiterInnen vorgehalten wird. Eine Evaluation in Bezug auf Verringerung von Klinikaufnahmen läuft.
Nachtcafé Bremen	Gut genutztes Angebot, gute Vernetzung mit Krisenangebot Gapsy
Krisenangebot der GAPSY	Derzeit vornehmlich telefonische Nutzung. Kooperation mit Polizei und aufsuchende Arbeit muss ausgebaut werden.

2.4 Workshop GPV

Zur Unterstützung der Umsetzung der Gemeindepsychiatrischen Verbünde in Bremerhaven und den fünf Bremer Stadtregionen wurde im Januar 2017 mit TeilnehmerInnen aus allen genannten Regionen ein Workshop unter Leitung des Psychiatriereferenten durchgeführt.

Eine Fortführung wird im Herbst stattfinden.

2.5 Veranstaltungsreihe Psychiatrie 2.0

Um Schwerpunktthemen der Psychiatriereform weiterzuentwickeln und Impulse von außen zu fördern, werden seit 2014 jährlich drei bis vier Veranstaltungen durchgeführt, an denen jeweils 80 – 120 Personen teilnehmen. Die Veranstaltungen führen zu einem fruchtbaren Dialog, die Anzahl der TeilnehmerInnen wächst stetig.

3 Stand der Entwicklung der Psychiatriereform im Land Bremen

3.1 Gemeindepsychiatrische Verbände

Die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) sind im Idealfall das organisatorische Dach aller psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Hilfen, insbesondere für Menschen mit komplexem Hilfebedarf, in einer Versorgungsregion. Sie sollen personenzentrierte Hilfen mit dem Ziel anbieten, dass hilfebedürftige Personen dauerhaft in ihrer Region leben können. Sie sollen eine zeitgerechte und angemessene Versorgung aller psychisch kranken Bürger und Bürgerinnen insbesondere mit komplexem Hilfebedarf einer Region sicherstellen, integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme umsetzen und das Leistungsspektrum durch Qualitätsverbesserungen und Versorgungsverpflichtung optimieren.

Modellregion zur Umsetzung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist der Bremer Westen. Hier sind wesentliche Punkte erarbeitet und es wurde ein Konsens zur Zusammenarbeit erzielt. In Bremen Nord ist ebenfalls eine Gruppe sehr aktiv, einen Gemeindepsychiatrischen Verbund zu realisieren. Im Bremer Osten gibt es bereits Strukturen und Kooperationsvereinbarungen, die aktualisiert bzw. ausdifferenziert werden sollen. In Bremen Mitte wird engagiert an der Entwicklung eines GPVs gearbeitet. Besonders ist hier, dass auch niedergelassene PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen beteiligt sind. Im Bremer Süden sind die Aktivitäten zur Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes sehr zurückhaltend. Ein Teil der Träger dort scheint die Notwendigkeit der kooperativen Versorgungsplanung und –durchführung im Rahmen eines GPV noch nicht nachvollzogen zu haben. Die Beteiligung der Kliniken an den Gemeindepsychiatrischen Verbänden hat sich insgesamt verbessert, im Bremer Norden ist das BHZ Nord sogar Initiatorin des GPV.

Um zu vermeiden, dass PatientInnen lange als Nicht-Behandlungsfälle in den Kliniken verbleiben, oder Menschen aufgrund fehlender Versorgungsangebote außerhalb Bremens untergebracht werden, hat eine Arbeitsgruppe von MitarbeiterInnen des KBO, der freien Träger und der senatorischen Behörde ein Konzept entwickelt, das sich derzeit in der Umsetzung befindet. Hiernach sollen durch Hilfeplankonferenzen in jeder Region die Versorgung von schwer integrierbaren psychisch kranken, abhängigkeitskranken sowie geistig/ mehrfach beeinträchtigten psychisch kranken Menschen sichergestellt werden. Alle Leistungserbringer aus einer Region beteiligen sich an der Entwicklung einer Lösung, die ggf. trägerübergreifend organisiert wird. Die regionalen Hilfeplankonferenzen sollen gewährleisten, dass auch Menschen mit komplexen Hilfebedarfen an Maßnahmen im Bereich Betreutes Wohnen oder Heimwohnen der Eingliederungshilfe zeitnah, ausreichend und wirtschaftlich versorgt werden. Eine Lösung soll innerhalb von 6 Wochen entwickelt werden.

Sollte hier keine Lösung gefunden werden, wird eine Verbündekonferenz einberufen, an der VertreterInnen aller Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, der Klinika, der BHZ, des Gesundheitsamtes, der Senatorin für Soziales und fallbezogen ambulante SGB V Träger beteiligt sind. Alle Mitglieder beteiligen sich an der Entwicklung einer Lösung, die ggf. träger- und regionenübergreifend organisiert wird. Ziel ist es, dass möglichst alle Bremer BürgerInnen mit Eingliederungsbedarf regional ambulant oder in Heimen versorgt werden.

In Bremerhaven fungiert der Psychosoziale Arbeitskreis (PSAK) als GPV. Besonders ist, dass der PSAK im Gegensatz zu Bremen auch für Menschen mit kognitiven Einschränkungen zuständig ist. Alle Leistungserbringer sind im PSAK beteiligt. Im Rahmen der PSAK wird die Planung und Umsetzung von Versorgungsangeboten abgestimmt. In Fallkonferenzen, die für Personen mit besonderen Hilfebedarfen durchgeführt werden, sind ebenfalls alle Träger beteiligt. Hervorzuheben ist, dass hier auch der Sozialhilfeträger beteiligt ist, um Sonderversorgungsbedarfe sofort mit dem Kostenträger abzustimmen.

Weitere Aufgaben zur Umsetzung

- Gemeinsames Beschwerdemanagement auch im Sinne der Qualitätssicherung
- Etablierung von trägerübergreifenden Verfahren der Hilfeplanung (z.B. Hilfeplankonferenz, Bedarfsbemessungsinstrumente)
- Klärung der Möglichkeiten und Erfordernisse für regionalisierte Krisenangebote
- Organisation der verbindlichen Verantwortungsübernahme für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen / Nichtbehandlungsfälle der Klinik
- Vereinbarung über gemeinsame Wahrnehmung der Versorgungsverpflichtung, Beseitigung von Kooperationshindernisse
- Konsequenter Einbezug von EX-IN Genesungsbegleitern
- Beteiligung von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen an den Gremien

3.2 Erprobung eines Regionalbudgets nach § 64 b SGB V

Im Folgenden werden die Stellungnahme der Externen ExpertInnen zu der Umsetzung eines § 64b - Modells in Bremen wiedergegeben und die bisher vorliegenden Planungen vorgestellt.

3.2.1 Stellungnahme der Externen ExpertInnen zur Umsetzung eines § 64b-Modells in Bremen

Die externen ExpertInnen haben sich im November 2017 mit Mitgliedern der Begleitgruppe getroffen, um die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen eines §64b Modells zu erörtern.

Hierbei wurden folgende Anregungen gegeben:

- Zur Umsetzung des Bürgerschaftsbeschlusses wäre ein §64b Modell für ganz Bremen anstrebenswert.
- Ein §64b Modell unter Einbeziehung der vorhandenen ambulanten SGB V Angebote und der Eingliederungshilfe SGB XII Angebote wäre innovativ und wegweisend.
- Hierzu müsste ein schlüssiges Gesamtkonzept für Bremen entwickelt werden, aber auch Konzepte für die Regionen.
- Die Voraussetzungen für die Umsetzung eines umfassenden 64b-Modells seien gegeben. Es liegen bereits unterschiedliche, differenzierte Konzepte vor, es gebe eine hohe Kooperationsbereitschaft und ein starkes politisches Bekenntnis zu Reformen.
- Bei den vorliegenden Konzepten müsse geklärt werden, wie klein eine regionale stationäre Behandlungseinheit sein dürfe, um noch wirtschaftlich arbeiten zu können.
- Die SGB XII Anbieter müssen klarer formulieren, welchen Beitrag sie zu den gemeindebasierten Teams leisten wollen und wie sie sich in die Gesamtstrategie der Ambulantisierung einbinden wollen.

- Eine Managementgesellschaft, die in Bremerhaven die Umsetzung des 64b Konzeptes zum Scheitern gebracht hat, ist nicht unbedingt erforderlich, wenn gute Kooperationsverträge ausgehandelt werden.
- Es muss ein Steuerungsmodell eingeführt werden, das die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Träger regelt und möglich macht.
- Derzeit ist das Bestreben aller Träger, die Plätze aus ökonomischen Gründen zu belegen. In einem Budgetmodell wird nicht die Auslastung, sondern die Kooperation vergütet.
- Kein kooperationsbereiter Träger darf als „Verlierer“ dastehen.
- Das Thema Arbeit und Beschäftigung muss unbedingt in ein Modellprojekt integriert werden.
- Es sollten auch mit den Kostenträgern Absprachen getroffen werden, die das „Überleben“ nach der Modellphase sichern.
- Ziel muss sein, Zwangsbehandlung, Wiederaufnahmeraten und Chronifizierung zu verringern.

3.2.2 Mobile Psychiatrie Bremerhaven

Wie bereits in den vergangenen zwei Jahren berichtet, wurde mit dem Projekt „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ ein in Deutschland bisher einzigartiges Modell entwickelt, das eine patientenzentrierte leistungserbringerunabhängige Versorgungssteuerung und die Einführung eines Psychriatriebudgets (zunächst für SGB V Leistungen) vorsieht. Weitere Grundlage des Projekts ist eine engere Zusammenarbeit verschiedenster Akteure aus dem SGB V Bereich (Krankenhäuser, ambulante psychiatrische Pflege, Psychotherapeuten und Fachärzte, Soziotherapie) und dem SGB XII Bereich (Betreutes Wohnen, Tagesstätten, Werkstätten, Treffpunkte). Beteiligt waren die Universität Greifswald, die im Auftrag des Senators für Gesundheit, der AOK Bremen/Bremerhaven und der Techniker Krankenkasse die Projektleitung- und -koordination innehatte, sowie der Magistrat Bremerhaven, das Klinikum Reinkenheide, die weiteren Träger psychiatrischer Angebote in Bremerhaven, sowie Angehörige und Betroffene. Der Abschlussbericht wurde nach 1,5 Jahren Projektarbeit im Herbst 2015 vorgelegt.

Die Umsetzung des Projektes scheiterte im Wesentlichen an der Etablierung einer Managementgesellschaft und damit verbundenen rechtlichen und finanziellen Fragen. Die mit der Veränderung der Versorgungssteuerung verbundenen Risiken waren aus Sicht der Klinikleitung zu hoch. Die Gründung einer unabhängigen Managementgesellschaft war aber Voraussetzung für die Krankenkassen zur Umsetzung des Projektes. So konnte das Gesamtkonzept des Projektes nicht umgesetzt werden.

Das erarbeitete Konzept ist aber eine sehr gute Grundlage für die Umsetzung eines innovativen § 64 b SGB V- Modells.

Die im Rahmen des Modellprojektes entwickelte sehr gute Kooperation zwischen den Leistungserbringern hat weiter Bestand. Ebenso kann auf die gute Zusammenarbeit zwischen den Kostenträgern und dem Klinikum Reinkenheide aufgebaut werden. Derzeit führen die Beteiligten Gespräche, um die Kernelemente des Modellprojektes zu realisieren. Im Mittelpunkt stehen weiterhin die Ambulantisierung sowie die Etablierung eines mobilen Behandlungsteams mit Home-Treatment Angeboten.

3.2.3 Transformationskonzept des Zentrums für psychosoziale Medizin, Klinikum Bremen-Ost

Nach dem Scheitern der Umsetzung eines § 64b SGB V -Modells in Bremerhaven wurde die Geno aufgefordert, ihrerseits die Verhandlungen für ein neues Modellprojekt aufzunehmen. Nachdem zunächst Überlegungen zur Durchführung eines Modellprojektes in einer Region angestellt wurden, gehen die Planungen nun in Richtung eines Modellprojektes für die Regionen Mitte, West, Süd und Ost (d.h. ohne Nord).

Bisher wurde ein Grobkonzept zur Transformation entwickelt. Zur weiteren Spezifizierung werden Gespräche mit den Kostenträgern, der senatorischen Behörde und anderen Leistungserbringern geführt. Das Transformationskonzept sieht vor, durch „Supporting Agencies“ in den vier Stadtregionen und einer neuen nächtlichen Krisenanlaufstelle im der Region Ost Kapazitäten von zwei Stationen (ca. 40 MitarbeiterInnen) in ambulante und teilstationäre Angebote umzuwandeln.

Die Supporting Agencies sollen als primäre, lebensumfeldnahe Anlaufstelle mit den folgenden Aufgaben fungieren:

- Assessment
- Case Management
- Aufsuchende Behandlung durch ein Team mit den Schwerpunkten Krisenintervention im häuslichen Umfeld und insbesondere für Menschen mit psychischen Störungen eine langfristige, aufsuchende nachgehende Komplexbehandlung.

Die nächtliche Krisenanlaufstelle soll niedrigschwellig eine Krisenintervention und Überleitung leisten und als Rückzugsraum dienen.

Die Zuweisung zu den Stationen soll über die Supporting Agency erfolgen, dadurch sollen die Akutaufnahmen reduziert werden. Im KBO sollen Akut- und Spezialstationen für Allgemein, Gerontopsychiatrie und Suchtmedizin vorgehalten werden.

In den GPVs soll die Patientensteuerung in regionalen Fall- und Hilfeplankonferenzen erfolgen und Interventionen unter Beteiligung der KlientInnen partizipativ festgelegt werden.

3.2.4 Modellkonzept für eine regionale psychiatrische Behandlung und Betreuung von Menschen mit schweren, akuten und chronischen psychischen Erkrankungen sowie komplexen Hilfebedarfen in Bremen am Beispiel der Region Bremen-West

Im Dezember 2017 haben die Blaue Karawane, die Bremer Werkgemeinschaft, die Initiative zur sozialen Rehabilitation, die Gesellschaft für ambulante Psychiatrische Dienste, der Martinsclub Bremen und das Sozialwerk der Freien Christengemeinde Bremen das Modellkonzept für die Region Bremen West vorgelegt. Konkret ist von den AutorInnen für den Bremer Westen vorgesehen, das Konzept im Rahmen eines Modellprojektes nach § 64b SGB V umzusetzen, in das auch die ambulanten SGB V Träger und die über SGB XII finanzierten Eingliederungshilfeträger strukturelle und personelle Ressourcen einbringen. Grundlage ist ein Regionalbudget und eine trägerunabhängige Steuerungsstelle.

Im Mittelpunkt des Konzeptes stehen die Zentren für seelische Gesundheit, die mit einem multiprofessionellen Team für jeweils 40.000 EinwohnerInnen zuständig sind und mit den regionalen

Trägern im GPV zusammenarbeiten. Vom Zentrum für seelische Gesundheit West aus sollen zwei Mobile Interventionsteams für die Bereiche Oslebshausen/Gröpelingen und Walle/Findorff tätig werden. Durch die intensive aufsuchende Arbeit sollen nur noch 15 stationäre Plätze (statt bisher 45) erforderlich sein.

Durch die ambulante und die sozialräumlich orientierte Arbeit soll auch die SGB XII Versorgung umstrukturiert werden.

3.3 Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen

Die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen in die Planung, Durchführung und Evaluation der psychiatrischen Versorgung ist ein wichtiges Anliegen der Psychiatriereform in Bremen. Dieses wird bereits in verschiedenen Bereichen (s.u.) gut umgesetzt.

Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige werden in allen wichtigen psychiatrischen Gremien zur Planung und Evaluation der psychiatrischen Versorgung auf regionaler - und Landesebene beteiligt:

- Landespsychiatrieausschuss
- Begleitgruppe Psychiatrie
- Fachausschuss Allgemeinpsychiatrie
- AG Überarbeitung des PsychKG
- AG Krisendienst und regionale Versorgung
- Besuchskommission
- Bei verschiedenen psychiatrischen Organisationen sind Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige in Steuerungsgremien und Ethikkommissionen beteiligt.

Die Senatorin für Wissenschaft Gesundheit und Verbraucherschutz wird sich dafür einsetzen, dass an allen psychiatrischen Abteilungen und Kliniken psychiatrie-erfahrene PatientenfürsprecherInnen eingesetzt werden.

Im Klinikum Bremen-Ost sind zusätzlich zu den im Bremer Krankenhausgesetz für jedes Krankenhaus einzusetzenden PatientenfürsprecherInnen, psychiatrie-erfahrene FürsprecherInnen für den psychiatrischen Bereich tätig. Die Zusammenarbeit mit der Klinikleitung hat sich im letzten Jahr sehr verbessert, es finden monatliche Besprechungen statt. Darüber hinaus werden die FürsprecherInnen an der Entwicklung von Konzepten beteiligt.

Über Modellprojektmittel werden der Aufbau von regionalen Beschwerdestellen durch GenesungsbegleiterInnen in Bremerhaven und in den Bremer Stadtregionen Mitte und West erprobt. Ziel ist es, in Bremerhaven und allen Bremer Stadtregionen im Rahmen der GPV ein Fürsprache- und Beschwerdewesen zu installieren.

Mit den in den Haushaltsjahren 2016/2017 bereitgestellten Modellgeldern zur Förderung der Weiterentwicklung der Psychiatriereform sollen Anreize geschaffen werden, um Genesungsbegleiter/innen in allen Behandlungs- und Versorgungsbereichen zu beteiligen. Die Projekte waren sehr erfolgreich.

Vor allem im Klinikum Reinkenheide, mit derzeit acht Personen und im Ameos Klinikum Dr. Heines mit derzeit fünf, aber auch in allen anderen Kliniken in Bremen werden GenesungsbegleiterInnen

beschäftigt. Darüber hinaus sind Psychiatrie-Erfahrene als qualifizierte Genesungsbegleiter/innen in Wohnheimen, Beschäftigungsprojekten und weiteren Tätigkeitsfeldern eingestellt.

Bremen liegt damit im Bundesvergleich an der Spitze der Umsetzung des Genesungsbegleitungsansatzes.

Die über die Modellprojektmittel finanzierte Begleitforschung zum Einsatz der GenesungsbegleiterInnen hat ergeben, dass dies zu positiven Veränderungen der Haltungen in den Teams geführt und auf die Betreuung und Behandlung der KlientInnen verbessert hat.

3.4 Weiterentwicklung der krankenhausbefugten Psychiatrie in Richtung ambulanter Orientierung/ Aufbau von Home-Treatment

3.4.1 Klinikum Bremerhaven Reinkenheide (KBR)

2017 betrug die durchschnittliche Verweildauer 14,4 Tage in der vollstationären Psychiatrie. 70% der PatientInnen wurden 2017 nur einmal aufgenommen. Die Behandlung in den tagesklinischen Angeboten hat in den letzten Jahren zugenommen, ebenso die Behandlungen über die psychiatrischen Institutsambulanzen.

Das Verhältnis von tagesklinischen zu stationären Plätzen ist mit 1:8 sehr niedrig. D.h. es sollten noch mehr tagesklinische Plätze aufgebaut werden.

Der Schwerpunkt der konzeptionellen Weiterentwicklung am KBR lag auch 2017 auf der Ausrichtung nach Recovery-Prinzipien¹. Dazu wird einerseits versucht, die stationsäquivalente Behandlung auszuweiten und die Hilfs- und Beratungsangebote stärker in das Lebensumfeld der PatientInnen zu verlagern. Dies erfolgt über die Zusammenarbeit in dem Psychosozialen Arbeitskreis, dem Zentrum für seelische Gesundheit und das seit 2016 über die Modellprojektförderung aufgebaute Nachtcafé zur niedrigschwelligen Krisenintervention. Home-Treatment-Angebote werden erprobt, 2017 wurden 10 PatientInnen stationsäquivalent behandelt.

3.4.2 Behandlungszentrum Bremen Nord (BHZ-NORD)

Im Behandlungszentrum Nord liegt die vollstationäre Verweildauer in 2017 bei 17 Tagen. 52 % der PatientInnen wurde 2017 nur einmal aufgenommen.

Das Verhältnis von stationären zu tagesklinischen Plätzen ist nahezu 1:1. Im Jahre 2017 wurde am BHZ Nord das System der „Persönlichen Therapeutischen Begleitung“ (PTB) konsolidiert, das die Beziehungskontinuität über die unterschiedlichen Behandlungsangebote (stationär, teilstationär, ambulant) sicherstellt. Zudem hat das BHZ Nord die Gründung eines GPV im Bremer Norden initiiert. Das BHZ Nord hat bereits wichtige Elemente zur Ambulantisierung umgesetzt. Hierzu gehört vor allem die Zusammenführung der stationären, teilstationären und ambulanten Angebote an einem Ort. Home-Treatment bzw. stationsäquivalente Angebote werden bisher nicht umgesetzt.

3.4.3 Klinikum Bremen Ost (KBO)

Im Klinikum Bremen-Ost lag die durchschnittliche Verweildauer in der Erwachsenenpsychiatrie 2017 bei 17,5 Tagen. 43% der PatientInnen wurden 2017 einmal aufgenommen. Das Verhältnis von tagesklinischen zu stationären Plätzen beträgt 1:2.

¹ Recovery kann sinngemäß mit Genesung übersetzt werden. Der Recovery-Ansatz hat nicht allein die Heilung, sondern auch die Lebensqualität der PatientInnen auch bei Vorhandensein von Symptomen im Fokus

Für das KBO wurde eine neue Organisationsstruktur umgesetzt, die unter der Leitung des Chefarztes vier leitende Ärzte für die Bereiche psychosoziale Ambulanzen und Tageskliniken, Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Suchtmedizin vorsieht.

Mit der Neugestaltung der Organisationsstruktur (eine Leitung für den ambulanten Bereich und drei diagnosebezogene Leitungen für den stationären Bereich) ist seitens der GENO beabsichtigt, den ambulanten Bereich zu stärken. Aus der Deputation, der Fachöffentlichkeit und auch aus der senatorischen Behörde wurde die Einrichtung einer Leitung für den teilstationären und ambulanten Bereich als eine von vier gleichberechtigten Leitungen zum Teil kritisiert. Es wird befürchtet, dass die Interessen zum Erhalt des eigenen Verantwortungsbereichs zu unnötigen Reibungsverlusten führen könnten, die die weitere Transformation stationärer Behandlungsangebote behindern. Seit Beginn der Diskussion um die neue Organisationsstruktur wurde die Zentrumsleitung aufgefordert, das Organigramm zu ergänzen oder zu kommentieren, um diese Bedenken auszuräumen und die Aufgabe der Transformation von stationären Behandlungsplätzen in teilstationäre und ambulante Angebote deutlicher herauszustellen. Bis zur Erstellung dieses Deputationsberichtes wurde keine zufriedenstellende Kommentierung eingereicht.

Zur Verbesserung der Aufnahmesteuerung am KBO ist beabsichtigt, die Behandlung primär im ambulanten Bereich durchzuführen und von da aus die Aufnahmen in den teilstationären und stationären Bereich zu steuern.

Auch in 2018 wird das SÜB-Projekt fortgeführt. Das Projekt sieht eine sektorenübergreifende Akutbehandlung von Patientinnen und Patienten zwischen dem Klinikum Bremen-Ost, der GAPSY und dem ASB vor. Neben der Etablierung von trägerübergreifenden Teams und einer gemeinsamen Behandlungsplanung soll in diesem Rahmen das Angebot „Home Treatment“ erprobt werden. In der ersten Phase lief das Projekt schleppend an. Seit die Zuordnung der PatientInnen über die psychiatrischen Institutsambulanzen läuft, hat sich die Nutzung des Angebotes verbessert. Es sollen mindestens 20 PatientInnen über das Projekt versorgt werden.

3.4.4 Aneos Klinikum Dr. Heines (AKH)

2017 betrug die durchschnittliche stationäre Verweildauer im Aneos Klinikum Dr. Heines (AKH) 27 Tage. Über die Wiederaufnahmeraten liegen keine Daten vor. Die in dem Aneos Klinikum Dr. Heines behandelten PatientInnen kommen zu 50% aus dem niedersächsischen Umland (in den anderen Klinika sind dies höchstens 12%). Das Verhältnis von Tagesklinikplätzen zu stationären Plätzen für Bremer PatientInnen liegt bei 1:6. Hier muss die Ambulantisierung noch stärker ausgebaut werden. Nach eigenen Angaben richtet sich das AKH im Sinne einer sanften Psychiatrie aus. Die Weiterentwicklung zielt auf eine sozialpsychiatrisch orientierte Psychotherapie mit einem Schwerpunkt naturheilkundlicher Pflege ab.

Im Rahmen der GPV kooperiert das AKH mit den Regionen West, Mitte und Ost.

Da das AKH insbesondere für die PatientInnen aus dem Bereich illegaler Drogen in den Regionen bisher nicht mit eigenen ambulanten und tagesklinischen Angeboten vertreten ist, ist zu klären, ob sich die Behandlungszentren für diesen Personenkreis öffnen, oder das AKH sich an der regionalen Versorgung beteiligt.

3.5 Verbraucherschutz

Zur Weiterentwicklung des Verbraucherschutzes in der psychiatrischen Versorgung gehören die bereits weiter oben genannten Elemente, die u.a. eine gute Versorgungsqualität und eine personenzentrierte Betreuung und Behandlung sicherstellen sollen:

- Patientenfürsprecher an den Krankenhäusern und spezielle Fürspracheangebote in den psychiatrischen Abteilungen.
- Aufbau eines Fürsprache- und Beschwerdewesens im Rahmen der Gemeindepsychiatrischen Verbände
- Qualitätsindikatoren und Qualitätsmessung zur psychiatrischen Versorgung

4 Versorgungslücken

4.1 Menschen mit komplexen Hilfebedarfen

Eine zentrale Aufgabe der Psychiatriereform in Bremen ist, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen komplexe Hilfen anzubieten. Trotz gut ausgebauter Versorgungsangebote im Bereich der Eingliederungshilfe gibt es Menschen mit komplexen Hilfebedarfen, die mehrere Stationen der psychiatrischen Versorgung durchlaufen haben und sich in keine vorhandene Angebotsform dauerhaft integrieren lassen. Für diese Menschen besteht die große Gefahr, in geschlossenen Heimen, der Forensik untergebracht zu werden oder in die Obdachlosigkeit abzurutschen.

Die Zahl der Wohnheimplätze in Bremen für Menschen mit psychischen Störungen ist zwischen 2005 und 2017 nahezu gleichgeblieben (192 in 2005 versus 190 in 2017). Dagegen hat sich die Zahl der in auswärtigen Heimen versorgten Menschen verdoppelt (58 in 2005 versus 116 in 2017). Die Gesamtkosten für die auswärtige Heimunterbringung (inklusive Arbeit und Beschäftigung etc.) belaufen sich für 2017 auf 5,5 Mio. €. Es muss dringend eine Lösung dafür entwickelt werden, dass Bremer BürgerInnen nicht aufgrund von zu geringen Angebotskapazitäten in Bremen außerhalb versorgt werden müssen. Neben der Einführung der oben benannten Fallkonferenzen bzw. Hilfeplan- und Verbündekonferenzen muss auch eine Ausweitung der Heimversorgung erwogen werden, welche auch stark strukturierte Angebote für Menschen mit stark fremd- und selbstgefährdendem Verhalten umfassen.

4.2 Doppeldiagnose

Für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen ist die Versorgung derzeit nicht zufriedenstellend. Dies liegt einerseits an der Trennung (anders als in Bremerhaven) der Versorgungsplanung und –Koordination in den Regionen, andererseits an der noch nicht ausreichenden Zusammenarbeit der Eingliederungshilfeträger aus dem Bereich Menschen mit geistigen Behinderungen und dem Bereich Psychiatrie. Oft gibt es auch Unstimmigkeiten über die Zuständigkeit für die Betreuung, Finanzierung und Begutachtung. In den Behandlungszentren und in den stationären Angeboten fehlt es z.T. an spezifischer Fachkompetenz zu Behandlung von Menschen mit Doppeldiagnosen.

Zur Bearbeitung dieses Problems wurde eine Arbeitsgruppe unter Leitung der Sozial- sowie der Gesundheitsbehörde und unter Beteiligung des Landesbehindertenbeauftragten, der

Eingliederungshelfeträger, der Kliniken und Behandlungszentren gegründet. Ziel ist es, bis 2022 die Versorgung maßgeblich zu verbessern.

4.3 Frauen mit peripartalen Depressionen

Zu dem Thema Versorgungslücken wurde aus der Deputation der Aspekt der ambulanten und stationären Versorgung bei Frauen mit peripartalen Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen sowie Psychosen eingebracht, also Krankheitsbilder, die rund um das Thema Geburt auftreten.

Das Bremer „Netzwerk seelische Gesundheit rund um die Geburt“ schlägt vor, in Bremen tagesklinische und stationäre Angebote für Frauen mit psychischen Störungen rund um die Geburt zu konzipieren und einzurichten. Zudem sollen spezifische ambulante psychotherapeutische Angebote mit direkten und unkomplizierten Zugangsmöglichkeiten für die Mütter eingerichtet werden. Die Prüfung des Bedarfs und Einrichtung entsprechender Angebote wird bei der Weiterentwicklung der Psychiatriereform dringend empfohlen. Nachfolgend wird der aktuelle Stand dargestellt:

4.3.1 Angebote im Behandlungszentrum Nord

Im Behandlungszentrum Nord wurde gemeinsam mit der Fachabteilung Gynäkologie am Klinikum Nord ein Konzept für ein spezielles stationäres Versorgungsangebot für postpartale psychische Störungen entwickelt, das für ganz Bremen angeboten werden soll. Dieses Konzept wurde bisher noch nicht implementiert.

Das Behandlungszentrum bietet aber einen Liaisondienst für die Gynäkologie im Klinikum Bremen Nord an. Außerdem können Patientinnen auch die Ambulanz nutzen. In Einzelfällen kann auch eine Aufnahme der Mütter mit ihrem Kind im Behandlungszentrum erfolgen. Dies erfordert eine enge Kooperation mit dem Klinikum.

4.3.2 Klinikum Bremen-Ost

Im Klinikum Bremen Ost und in den Behandlungszentren können Frauen mit postpartalen psychischen Störungen ambulant und stationär versorgt werden. Eine Aufnahme von Müttern mit den Neugeborenen wird mittlerweile nicht mehr durchgeführt, weil die Versorgung der Kinder nicht ortsnah gewährleistet werden kann. In solchen Fällen erfolgt eine Überweisung in die Karl-Jaspers-Klinik.

4.3.3 Klinikum Bremerhaven Reinkenheide

In Bremerhaven hat eine Arbeitsgruppe mit VertreterInnen der Frauenklinik, der niedergelassenen PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen sowie der Psychiatrie ein Konzept zur Versorgung von Müttern mit postpartalen psychischen Störungen entwickelt.

Mütter können mit ihren Kindern stationär in der Psychiatrie aufgenommen werden. Die Versorgung des Säuglings erfolgt über die Gynäkologie im Hause. Die PsychotherapeutInnen nehmen Frauen mit postpartalen Störungen vorrangig auf. Zudem wurde eine Selbsthilfegruppe initiiert.

5 Rahmenkonzept der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz zur Umsetzung der Psychiatriereform

Bei der Bestimmung des Rahmens für die weitere Umsetzung der Psychiatriereform stützt sich die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz im Wesentlichen auf die Ergebnisse der Studie „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ und auf die Ergebnisse der im Zusammenhang mit der Psychiatriereform tätigen Arbeitsgruppen, u.a. der AG Krisendienst.

Die Versorgung wird auf Basis der Gemeindepsychiatrischen Verbände von den einzelnen Regionen aus organisiert.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich schwerpunktmäßig auf die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Andere PatientInnengruppen sind aber auch in den Überlegungen berücksichtigt.

Leitgedanken des Rahmenkonzeptes sind:

- Stärkung von Partizipation und Empowerment der NutzerInnen der psychiatrischen Versorgung
- Transformation von bisher stationär vorgehaltenen Behandlungsplätzen in teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote
- Sicherstellung von angebotsübergreifender Beziehungskontinuität (PTB-System)
- Ausgangspunkt der Versorgung ist das Lebensumfeld der Betroffenen
- Vermeidung von Zwangsmaßnahmen
- Orientierung an dem Recoveryansatz
- Umsetzung von Peer Support
- Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen bei Planung, Durchführung und Evaluation psychiatrischer Angebote

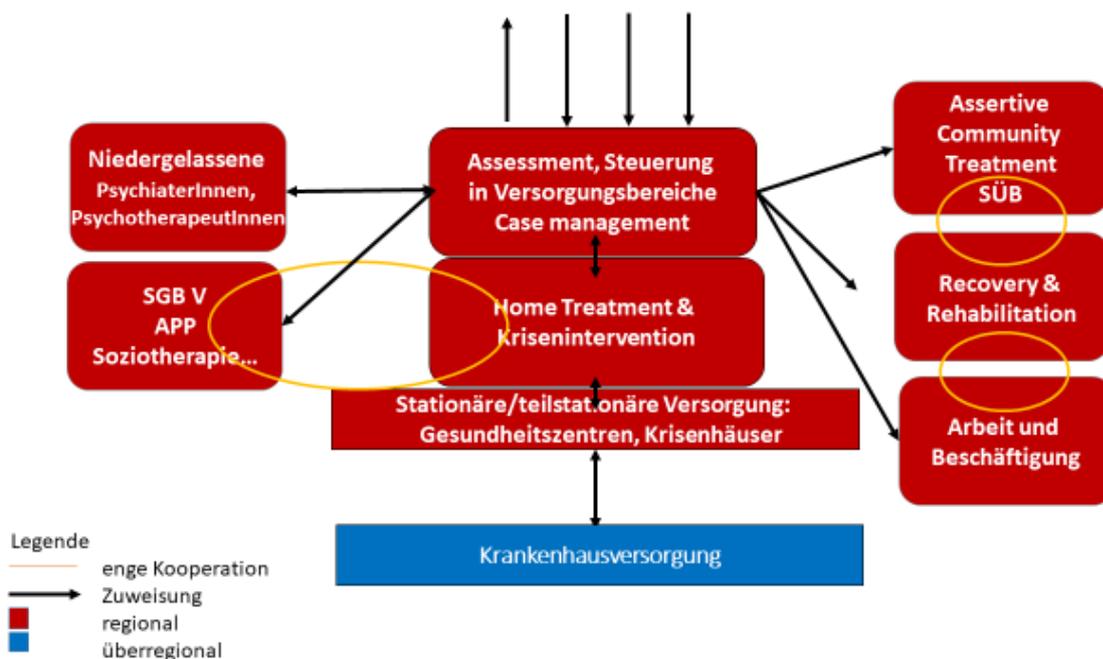
5.1 Gemeindepsychiatrische Behandlungseinheit (GBE)

Die Gemeindepsychiatrische Behandlungseinheit bildet das Kernstück der regionalen Versorgung.

- Aufgaben:
 - o Assessment
 - o Versorgungssteuerung / Case Management / Überleitung in andere Versorgungsangebote
 - o Komplexe ambulante Behandlung (entsprechend PIA)
 - o Komplexe ambulante Behandlung im Lebensumfeld (entsprechend Home-Treatment/stationsäquivalente Leistungen)
 - o Krisenintervention
 - o Akut Tagesangebot
- Kooperation
 - o Enge Kooperation ggf. Personalunion
 - mit tagesklinischen Angeboten
 - intensiv aufsuchendem/nachgehendem Angebot
 - stationäre Krisenintervention (Krisenbetten, stationäre Behandlungsangebote in der Region)

- Stationäre Behandlung (überregional)
 - Haus- und FachärztInnen
 - Wenn im Rahmen der Konsultationen von behandelnden Haus- und FachärztInnen klar wird, dass der Patient/die PatientIn einen über deren Möglichkeiten hinausgehenden Behandlungs- und Unterstützungsbedarf hat, stimmen sich die niedergelassenen ÄrztInnen und die GBE-MitarbeiterInnen unter Einbeziehung der PatientInnen ab und kooperieren eng im Behandlungsverlauf.
 - Niedergelassene PsychotherapeutInnen
 - Möglichst im Rahmen von Akut-Sprechstunden und kurzfristigen psychotherapeutischen Interventionen in begrenztem Umfang
 - ambulante Angebote nach SGB V (Ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie, Multiprofessionelle Behandlungseinheit...), insbesondere in Bezug auf Akutversorgung
 - Nachtcafé
 - Angebote nach dem SGB XII (Betreutes Wohnen, Tagesstätten, Wohnheime), insbesondere in Bezug auf intensiv nachgehende Hilfen und Krisenintervention und Weiterversorgung von Menschen mit komplexen Hilfebedarfen
 - Arbeit und Beschäftigung
- Ressourcen:
- Personal stationär
 - Personal Behandlungszentren (PIA, Sozialpsychiatrischer Dienst, Tageskliniken)
 - MitarbeiterInnen aus dem ambulanten Bereich des SGB V (Gapsy, AWO...)
 - MitarbeiterInnen aus dem Bereich des SGB XII
 - Gesundheitsamt/Steuerungsstelle (insbesondere in Funktion von Case Management)

Funktionsmodell



5.2 Umsetzung/Regionale Ressourcen nutzen

Da die Realisierung der Psychiatriereform über die Gemeindepsychiatrischen Verbände erfolgen soll, ist vorgesehen, dass in allen Regionen im Wesentlichen die gleiche Grundstruktur umgesetzt werden soll, sich aber auf Grund der regionalen Gegebenheiten Unterschiede ergeben können. Z.B.:

- In Bremen Nord ist durch das Behandlungszentrum und die Zusammenführung der ambulanten, teilstationären und stationären Angebote bereits eine besondere Ausgangssituation gegeben
- Im Bremer Westen gibt es schon seit längerer Zeit einen GPV und eine gewachsene Kooperation unterschiedlicher Träger. Hier sind das Nachtcafé und die Rückzugsräume angesiedelt. Im Bremer Westen wurde vor einiger Zeit bereits ein Konzept für eine regionale Versorgung erarbeitet.
- Im Bremer Süden befindet sich mit dem Zentrum Bunten Tor ein lang etabliertes psychiatrisches Stadtteilzentrum
- In Bremen Mitte laufen sehr intensive Bemühungen, Menschen mit komplexen Hilfebedarfen, die oft lange in der Klinik untergebracht sind, neue Angebote zu unterbreiten. Die Innere Mission hat bereits gemeinsam mit MitarbeiterInnen der Sektorstation und der Tagesklinik eine Fortbildung zur Methode „Offener Dialog“ durchgeführt, die eine gute Grundlage für eine Zusammenarbeit in einer Gemeindepsychiatrischen Behandlungseinheit bietet.
- Im Bremer Osten gibt es seit einigen Jahren das SÜB-Projekt, in dem die Gapsy, der ASB und das Behandlungszentrum Ost bereits wichtige Kooperationserfahrungen sammeln konnten.

5.3 Steuerung

Die Begleitgruppe Psychiatriereform hat sich differenziert mit Fragen der Steuerung beschäftigt. Im Zuge des Umbaus des Versorgungssystems sollen zunehmend die Gemeindepsychiatrischen Verbände die Steuerung der Versorgung übernehmen. Dies könnte/sollte auch mit der Neudefinition der Steuerungsaufgaben innerhalb des Gesundheitsamtes in Bremen verbunden werden. Aus den Gemeindepsychiatrischen Verbänden bilden sich die Gemeindepsychiatrischen Behandlungseinheiten, die verschiedene Steuerungsschwerpunkte haben:

- Gesundheitsförderung und Prävention (inklusive Früherkennung und Frühintervention)
- Sozialraumarbeit (Nutzung und Zusammenführung sozialräumlicher Ressourcen und Netzwerke)
- Fallspezifische Steuerung (mit dem Schwerpunkt Beratung)

6 Stellungnahmen

Im Zuge der Erstellung des Deputationsberichtes hat die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz verschiedene Organisationen gebeten, zur Psychiatriereform Stellung zu nehmen. Es erfolgten 10 Rückmeldungen, die der Deputationsvorlage als Anhang beigelegt sind.

7 Ausblick

Die Psychiatriereform ist auf dem Weg. In Teilbereichen sind sehr gute Fortschritte erzielt worden in anderen Bereichen müssen schnellere Entwicklungen initiiert und Etappenziele erreicht werden.

Es ist in den vergangenen Jahren viel Zeit und Energie aufgewendet worden, um dem Ziel der Transformation stationärer Plätze in ambulante und teilstationäre Angebote näher zu kommen. Hier hat es zum einen an einer klaren Positionierung der Krankenhausträger gefehlt. Lange Zeit wurde über das ob diskutiert und wenig über das wie gesprochen.

Ob mit der Vorlage des Transformationskonzeptes der Geno ein klares Bekenntnis zur Umwandlung von Klinikbetten verbunden ist, muss sich noch zeigen. Ob die dafür erforderliche Regionalisierung dabei erhalten und ausgebaut wird, ist ebenso wenig klar, denn im stationären Bereich zeichnen sich diagnosespezifische Spezialisierungstendenzen immer deutlicher ab. Ohne eine regionalisierte stationäre Versorgung lässt sich die Ambulantisierung nicht vollziehen, weil dadurch Kooperationshemmnisse auf- statt abgebaut werden.

Die Kostenträger erwarten ein klares Bekenntnis zur Ambulantisierung, um sich beim Umbau der psychiatrischen Versorgung substantiell zu beteiligen. Dieses Signal muss von den Krankenhausträgern gegeben werden und mit Konzepten hinterlegt werden, die nicht einen Aufbau von Versorgungsangeboten, sondern eine Umwandlung stationärer Plätze beinhalten. Andererseits ist auch Flexibilität der Kostenträger erforderlich, um ein umfassendes §64b Modell in Bremen zu realisieren.

Ambulantisierung kann nicht allein von den Kliniken geleistet werden, dazu ist auch ein aktives mitgestalten der Eingliederungshilfeträger erforderlich. Dies bedeutet zum einen, einen enge Kooperation mit den anderen Leistungserbringern, um ein gutes regionales Netzwerk aufzubauen. Das bedeutet aber auch, Verantwortung für die Versorgung aller Menschen mit Eingliederungshilfebedarf zu übernehmen. Nur so kann verhindert werden, dass Menschen nicht in Kliniken hospitalisieren oder Bremen verlassen müssen, um angemessene Angebote zu finden.

Bei der Weiterentwicklung der Psychiatriereform darf aber nicht allein auf die Umsetzung eines §64b-Modells fokussiert werden. Für Regionen und Träger, die nicht an dem Projekt beteiligt sind, müssen auch gute Bedingungen für eine Weiterentwicklung geschaffen werden. Kernpunkte sind hier Umfang und Finanzierung der Psychiatrischen Institutsambulanzen und die inhaltliche und finanzielle Ausgestaltung der stationsäquivalenten Behandlung.

Schließlich ist auch die senatorische Behörde gefragt, die Eckpunkte und Meilensteine der Psychiatriereform klar zu benennen. In der Vergangenheit wurden sehr viele Strukturen geschaffen, die Mitbestimmung und Mitgestaltung aller Beteiligten ermöglicht hat. Daneben müssen aber jetzt auch, wie von den Akteuren gefordert, z.B. eindeutige Vorgaben für eine Struktur der gemeindepsychiatrischen Verbände und ein klares Konzept für die Umsetzung der Transformation der psychiatrischen Versorgung vorgegeben werden.