

# Abschlussbericht

## **Projekt:**

*„Umsetzungsplanung Bremerhaven - Entwicklung eines personensorientierten, umfassenden, Sektor übergreifenden, nicht an Partikularinteressen gebundenen Steuerungssystems für psychiatrische Hilfen (SGB V und SGB XII/SGB IX) in einer ausgewählten Region des Landes Bremen“*

## **Arbeitstitel**

**Modellprojekt „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“**

Christina Bronowicki  
Christian Koch  
Prof. Dr. Günther Wienberg  
Prof. Dr. Ingmar Steinhart (Projektleitung)

## Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| <b>1 Ausgangslage</b> .....  | 4  |
| <b>2 Projekt-Planung</b> .....   | 6  |
| 2.1 Projekt-Struktur .....   | 7  |
| 2.2 Projekt-Rahmenbedingungen.....   | 7  |
| 2.3 Projekt-Arbeitsplan .....  | 8  |
| 2.4 Projekt-Zeitplan.....  | 9  |
| <b>3 Projekt-Durchführung</b> .....  | 10 |
| <b>4 Das Modell „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ - Vorbemerkung</b> .....  | 11 |
| 4.1 Zielgruppen.....   | 11 |
| 4.2 Einbettung in die psychiatrische Versorgung.....   | 13 |
| 4.3 Funktionen, Leistungen und Strukturen .....  | 15 |
| 4.4 Kooperationen und Zugangswege .....  | 20 |
| 4.5 Das Gemeindepsychiatrische Team (GT) .....   | 23 |
| 4.6 Zentrale Prozesse .....  | 26 |
| 4.6.1 Beratung und Genesungsplanung .....  | 27 |
| 4.6.2 Assessment und Genesungsplanung - Bremerhavener Skala zur<br>Einschätzung des prospektiven Behandlungsaufwandes.....                       | 28 |
| <b>5 Organisationsmodell</b> .....   | 32 |
| <b>6 Beteiligungsformen für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige</b> .....   | 38 |
| <b>7 Rechtsfragen</b> .....  | 40 |
| 7.1 Übergang von Aufgaben und Mitarbeitenden vom Klinikum<br>Bremerhaven Reinkenheide (KBR) auf die Managementgesellschaft .....                 | 40 |
| 7.2 Kodierung nach dem neuen Pauschalisierten Entgeltsystem für<br>Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP).....                                     | 42 |
| 7.3 Rückführung des Modells nach § 64 b in die Regelversorgung.....  | 42 |
| 7.4 Betriebshaftpflicht.....   | 42 |
| <b>8 Budget</b> .....  | 43 |
| 8.1 Zielstellung .....   | 43 |
| 8.2 Anforderungen an das Budget und Preisbildung .....   | 44 |
| <b>9 Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Regionen</b> .....  | 51 |
| <b>10 Ergebnisbewertung des Institutes für Sozialpsychiatrie</b> .....   | 53 |
| ANHANG I – VERTRAGSENTWÜRFE (letzter Stand aus der AG Recht) .....   | 61 |
| Vertrag I Regelungstatbestände für einen Vertrag über ein<br>Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach<br>§ 64 b SGB V ..... | 61 |
| ENTWURF Ergänzungsvertrag („Vertrag II“) zwischen<br>Leistungserbringern und Managementgesellschaft .....  | 67 |
| ENTWURF Geschäftsordnung Navigationsausschuss .....  | 70 |
| ANHANG II – Workshop „Psychische Krise – passende Angebote in<br>Bremerhaven“ am 14.10.2014.....   | 73 |
| ANHANG III – Workshop „Psychische Krise – passende Angebote in<br>Bremerhaven“ am 14.04.2015.....  | 91 |

## Abbildungsverzeichnis

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 1: Projektstruktur .....  | 7  |
| Abbildung 2: Teilsysteme der Versorgung im Rahmen des Modellprojektes<br>„Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ .....                     | 14 |
| Abbildung 3: Basisfunktionen der gemeindepsychiatrischen Versorgung<br>modifiziert für die Versorgungssituation in Bremerhaven .... | 16 |
| Abbildung 4: Angebotsstruktur des Modellprojekts .....  | 17 |
| Abbildung 5: Zugangswege und Kooperationen .....  | 22 |
| Abbildung 6: Zentrale Prozesse .....  | 26 |
| Abbildung 7: Prozess Beratung und Genesungsplanung .....  | 28 |
| Abbildung 8: Organisationsmodell "Mobile Psychiatrie Bremerhaven"<br>(§ 64 b SGB V) .....   | 34 |
| Abbildung 9: Projektion der Veränderung des Leistungsmix<br>innerhalb des SGB V-Budget .....  | 43 |
| Abbildung 10: Budgetmodell psychiatrische Versorgung Bremerhaven ....   | 47 |
| Abbildung 11: Preisbildung für das Vergütungsmodell Bremerhaven .....   | 48 |
| Abbildung 12: Bildung prospektiver Vergütungsgruppen .....  | 49 |
| Abbildung 13: Von den Ist-Kosten zum Soll-Budget .....  | 50 |
| Abbildung 14: Darstellung der Ebenen des Organisationsmodells mit den<br>verschiedenen Steuerungsebenen.....                        | 55 |
| Abbildung 15: Arbeitsstand FTG 1/2 „Leistungen und Strukturen“ .....  | 58 |
| Abbildung 16: Arbeitsstand FTG 3 – „Recht“ .....  | 59 |
| Abbildung 17: Arbeitsstand FTG 4 – „Budget und Finanzierung“ .....  | 60 |

## Tabellenverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 1: Risikoanalyse mit Bewertung von Schadenpotentialen und<br>Eintrittswahrscheinlichkeiten ..... | 8  |
| Tabelle 2: Arbeitsplan für das Gesamtprojekt (P) .....   | 9  |
| Tabelle 3: Projekt-Termine.....  | 11 |
| Tabelle 4: Mögliche Personalausstattung des GT in der Startphase .....                                   | 24 |
| Tabelle 5: Behandlungsaufwand (globale Einschätzung).....  | 29 |
| Tabelle 6: Klinische Ankerpunkte .....   | 30 |
| Tabelle 7: Subjektive Ankerpunkte.....   | 31 |

## **Abkürzungen**

APP - Ambulante Psychiatrische Pflege

GT - Gemeindepsychiatrisches Team

FTG - Fachthemengruppen

KBR - Klinikum Bremerhaven Reinkenheide

## 1 Ausgangslage

Das Land Bremen, die AOK Bremen/Bremerhaven und die Techniker Krankenkasse haben ein Modellprojekt zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung initiiert. Ziel ist die Etablierung einer gemeinsam von stationären, ambulanten und – perspektivisch – „komplementären“ Leistungserbringern getragene und mit einem übergreifenden Budget ausgestattete Versorgungs- und Steuerungsstruktur für eine definierte Zielgruppe von Patienten<sup>1</sup> mit psychischen Erkrankungen in einer definierten Region. Langfristiges Ziel des Modellprojekts ist die Übertragung auf die Regelversorgung im gesamten Land Bremen. Der Impuls für ein solches Projekt wurde seitens des Instituts für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern (ISP M-V) an den Senator für Gesundheit herangetragen, nachdem dieser den Bremer Landespsychiatrieplan 2010 veröffentlicht hatte.

Auf Anregung des ISP-MV wurde in einer ersten Projektphase die Machbarkeit des Vorhabens untersucht (Ergebnispräsentation November 2012).

Folgende Ergebnisse bildeten die Basis für den Einstieg in eine zweite Projektphase, die Umsetzungsplanung:

1. Die Umsetzung eines personenorientierten, umfassenden, Sektor übergreifenden, nicht an Partikularinteressen gebundenen Steuerungssystems für die psychiatrischen Hilfen (SGB V/SGB XII und SGB IX) ist machbar. **Die Umsetzung soll zunächst bezüglich der Leistungen nach dem SGB V beginnen** – unter Einschluss fallunspezifischer Leistungen an der Schnittstelle zum SGB XII.

2. **Mit der Umsetzung wird in der Stadt Bremerhaven begonnen.** Wesentliche Kriterien für die Auswahl einer Subregion im Land Bremen zur Erprobung des neuen Steuerungsmodells sind:

Überschaubarkeit: insbesondere Zahl der einzubeziehenden Akteure

- Geringe Patienten-Mobilität: möglichst hohe Selbstversorgungsrat (d.h. wenig Transfer in andere Regionen bzw. zu anderen Versorgungskliniken)
- Vorteilhafte strukturelle Voraussetzungen: z. B. bestehende Ansätze für Sektor übergreifende, flexible Versorgung
- Gute konzeptionelle/personelle Voraussetzungen
- Interesse/Motivation relevanter Akteure

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

- Direkte Einflussnahme möglich (öffentlicher Träger des Klinikums).

Aufgrund dieser Kriterien wird als Erprobungsregion die Stadt Bremerhaven ausgewählt. Ausschlaggebend dafür ist insbesondere der überschaubare Sozialraum von ca. 114.000 Einwohnern, eine eher gering anzunehmenden Patienten-Mobilität (erleichtert Patienten bezogene System-Steuerung und Evaluation) und die Tatsache, dass ein wichtiger Hauptakteur (die Versorgungsklinik) ohnehin im Wandel begriffen ist.

3. Zunächst schließt das Steuerungsmodell **zwei Diagnosegruppen** ein: **Schizophrenien (ICD10, F20) und Affektive Störungen (ICD10, F30)**, jeweils mit allen Patienten in der Region. Zwar sind Aufwand und Komplexität hier zunächst recht hoch, es besteht jedoch kein Anreiz zur Risiko-Selektion, die Effekte sind gut messbar und eine gewisse Public Health-Relevanz ist dadurch gegeben, dass das gesamte Leistungsspektrum von Prävention über Früherkennung und Behandlung von Ersterkrankungen bis hin zu Menschen mit lang andauernden, komplexen Störungen berücksichtigt wird. Im Rahmen der Umsetzungsplanung ist diese Überlegung auf mögliche alternative Zielgruppenbildungen hin zu überprüfen.

4. Zentrale **Eckpunkte des zu planenden Steuerungs-Modells** sind:

a) Auf der Ebene der Patienten wird die vertragsärztliche Regelversorgung wie bisher durch die niedergelassenen Haus- und Fachärzte gesteuert. Alle darüber hinausgehenden Patienten bezogenen Steuerungsaktivitäten werden neu an einer Stelle gebündelt: bei **ambulanten, multiprofessionellen, bei Bedarf mobilen Gemeindepsychiatrischen Teams (GT)**. Diese übernehmen nicht nur die Leistungserbringung und das Fallmanagement für eine Gruppe von Patienten mit umfangreichem, komplexem Unterstützungsbedarf, sondern steuern über ihre Assessment-Funktion auch den Zugang zu allen Leistungen, die über die vertragsärztliche Versorgung hinausgehen – einschließlich der ergänzenden Leistungen wie ambulante psychiatrische Pflege (APP), ambulante Ergotherapie und Soziotherapie. Das Modell der GT integriert die bewährten bzw. wirksamen Funktionen existierender Modelle der ambulanten Versorgung in Deutschland (Psychiatrische Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrischer Dienst, Case Management im Rahmen von Modellen der Integrierten Versorgung) sowie angloamerikanische Versorgungsformen (z. B. *Home Treatment/HT, Community Mental Health Teams/CMHT, Assertive Community Treatment/ACT*), ergänzt um Aufgaben, die heute in Teilen beim MDK liegen. Dabei entsteht eine neue Schnittstelle zwischen GT und den niedergelassenen Haus- und Fachärzten, den niedergelassenen Psychotherapeuten und weite-

ren Akteuren in Bremerhaven, die im Projekt zu betrachten ist.

b) **Die finanzielle Steuerung** aller über die Grundversorgung hinausgehenden Patienten bezogenen Leistungen **soll prospektiv zeitbasiert erfolgen**. Neben diesen fallbezogenen Leistungen werden fallunspezifische Leistungen (z. B. Prävention, Beratung, Früherkennung, Streetwork, Kontakt- und Begegnungsangebote, niedrigschwellige Beschäftigungsangebote) in die finanzielle Steuerung einbezogen (Schnittstelle zum SGB XII).

c) **Zur Steuerung wird eine Managementgesellschaft mit einer starken Geschäftsführung oder eine alternativ leistungsfähige Struktur geschaffen**. Diese sichert die Budgetsteuerung der Leistungen für die Zielgruppen ebenso wie die Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der regionalen Angebotslandschaft. Die Gesellschaft übt mit den eigenen GT die wesentlichen Steuerungsfunktionen (Assessment/Evaluation) für alle über die kassenärztliche Regelversorgung hinausgehenden Leistungen aus, erbringt selbst einzelne Leistungselemente, gewährleistet das Fallmanagement für eine eng umschriebene Gruppe schwer psychisch kranker Menschen und steuert das Budget für die fallunspezifischen Leistungen. Die Leistungsträger bringen in diese Gesellschaft das Jahresbudget bezogen auf die vereinbarten Leistungen und die festgelegten Zielgruppen ein. Sie haben daher einen starken Einfluss auf diese Gesellschaft. Die Anbieterseite soll ebenfalls einen (schwächeren) Einfluss auf die Aktivitäten der Gesellschaft haben und über ein hohes Maß an Transparenz bezüglich deren Leistungs- und Steuerungs-Aktivitäten verfügen.

## 2 Projekt-Planung

Die Planung des Umsetzungskonzeptes erfolgte in Anlehnung an die Methodik des Projektmanagements und im Rahmen eines Start-Workshops des Kernteams am 17. März 2014. Ergebnis der Projekt-Planung war das Projekt-Handbuch, das am 25. April 2014 von der Projekt-Steuerungsgruppe (PSG) im Grundsatz beschlossen wurde. Die finale Fassung liegt mit erstem „Update“ vom 6. Juni 2014 vor.

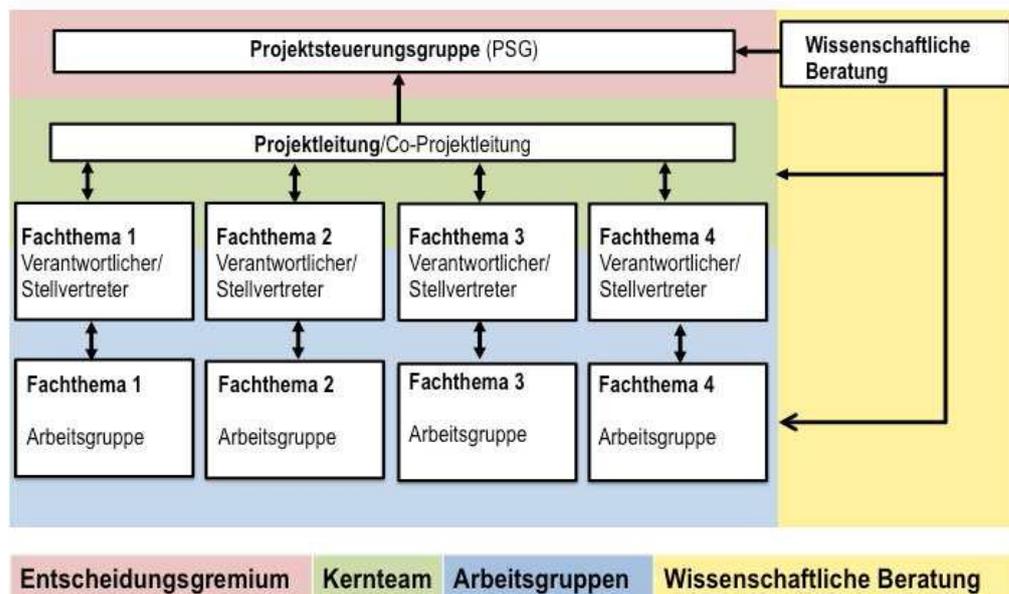
In dem Handbuch sind neben den Projekt-Zielen (s. Abschnitt 1.2) die Projekt-Struktur, die Projekt-Rahmenbedingungen, der Projekt-Arbeitsplan und der Projekt-Zeitplan detailliert beschrieben. Im Folgenden werden die wichtigsten Inhalte des Handbuchs komprimiert dargestellt, um eine Basis für die Bewertung von Projekt-Prozess und Projekt-Ergebnissen zu schaffen.

## 2.1 Projekt-Struktur

Abbildung 1 zeigt die Organisations-Struktur des Projekts und die Funktion der wissenschaftlichen Begleitung durch das ISP M-V, das auch die Projektleitung und die Co-Projektleitung stellte.

Für alle Funktionen/Gremien des Projektes wurden die beteiligten Personen festgelegt. Die Termine von Projektsteuerungsgruppe und Kernteam wurden durchgehend bis zum prospektiven Projektende geplant, es wurden Vereinbarungen zur Arbeitsweise, zur Kommunikation, zur Dokumentation und zum Controlling der jeweiligen Arbeitsstände getroffen.

**Abbildung 1: Projektstruktur**



## 2.2 Projekt-Rahmenbedingungen

Im Rahmen des Start-Workshops des Kernteams wurden die Erwartungen und Befürchtungen der Beteiligten im Hinblick auf das Projekt aufgenommen, um sie bei der weiteren Zusammenarbeit im Blick behalten zu können.

Die wichtigsten Anspruchsgruppen des Projektes wurden identifiziert, die jeweiligen Interessenlagen beschrieben und im Hinblick auf Einflussmöglichkeiten und Konfliktwahrscheinlichkeit bewertet. Dabei wurden auch Akteure benannt, die im Verlauf der weiteren Projektarbeit in geeigneter Weise einzubeziehen sind (z. B. niedergelassene Psychotherapeuten, Patienten/Genesungsbegleiter und Angehörige).

Als letzter Schritt zur Klärung der Rahmenbedingungen erfolgte eine Analyse der Risiken, die eine planmäßige Durchführung des Projektes be- oder verhindern könnten.

**Tabelle 1: Risikoanalyse mit Bewertung von Schadenpotentialen und Eintrittswahrscheinlichkeiten**

| Identifiziertes Risiko                               | Geschätzter Schaden |        |      | Eintrittswahrscheinlichkeit |        |      |
|--|---------------------|--------|------|-----------------------------|--------|------|
|  | Niedrig             | Mittel | Hoch | Niedrig                     | Mittel | Hoch |
| Zielkonflikte bei wichtigen Beteiligten              |                     |        | XX   |                             |        | XX   |
| Keine realen Mitwirkungsmöglichkeiten für Beteiligte |                     |        | XX   | XX                          |        |      |
| Auswirkungen durch Neubesetzung Chefarzt             |                     |        | XX   |                             | XX     |      |
| Operationalisierung des Grobkonzepts gelingt nicht   |                     | XX     |      |                             | XX     |      |
| Ressourcenprobleme Projektbeteiligte                 |                     | XX     |      |                             |        | XX   |

Tabelle 1 zeigt die wichtigsten Risiken mit den geschätzten Schäden und ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit. Zu jedem der identifizierten Risiken wurden Kompensations-Maßnahmen definiert und priorisiert.

### 2.3 Projekt-Arbeitsplan

Für alle Gremien/Akteure des Projekts wurde ein **detaillierter Arbeitsplan** erstellt mit Angaben zur jeweiligen Aufgabenstellung, den Aufgabeninhalten und Nicht-Inhalten sowie zu den erwarteten Ergebnissen und den Meilensteinen, zu denen diese vorzulegen sind.

Tabelle 2 gibt eine zusammenfassende Übersicht über die Aufgaben und erwarteten Ergebnisse.

**Tabelle 2: Arbeitsplan für das Gesamtprojekt (P)**

| <b>Projektbeteiligte</b>      | <b>Aufgaben</b>   | <b>Erwartete Ergebnisse</b>  |
|-------------------------------|---|--|
| Wissenschaftliche Begleitung  | Berät und begleitet das P, weist auf Möglichkeiten und Grenzen der P-Umsetzung hin  | Informationen und Kenntnisse aus anderen Versorgungsmodellen/-systemen sind in das P eingebracht   |
| Projektsteuerungsgruppe (PSG) | Verantwortet Entscheidungs- und Abstimmungsprozesse, sorgt für die nachhaltige Umsetzung der P-Ergebnisse   | Ergebnisse von Fachthemengruppen (FTG) und Kernteams sind bewertet und bestätigt, Entscheidung über P-Fortgang ist getroffen   |
| Projektleitung (PL)           | Prüft die Arbeitsergebnisse der FTG auf Qualität, Realisierbarkeit und Akzeptanz sowie auf Konsistenz und Kompatibilität, erarbeitet Empfehlungen für PL u. PSG | P-Handbuch ist erstellt, P-Ablauf ist koordiniert, fortlaufend überprüft und dokumentiert, Abschlussbericht ist erstellt   |
| Kernteam (KT)                 | Koordiniert die Arbeit der FTG, diskutiert und integriert deren Ergebnisse, bereitet PSG-Sitzungen inhaltlich vor   | FTG-übergreifende Ergebnisse sind diskutiert und für das PSG aufbereitet   |
| Fachthemengruppe FTG 1        | Bearbeitet den Themenbereich Zielgruppen und Leistungen   | Zielgruppen sind definiert, zielgruppenspezifische Leistungen sind definiert, entsprechende Therapieverfahren sind definiert   |
| Fachthemengruppe FTG 2        | Bearbeitet den Themenbereich Strukturen und Prozesse  | IST-Versorgung ist beschrieben (IST), Struktur und Organisation der Gemeindepsychiatrischen Teams ist definiert (SOLL)   |
| Fachthemengruppe FTG 3        | Bearbeitet den Themenbereich Rechtsfragen   | Benötigte Rechtsform ist definiert, sozial-, arbeits- und steuerrechtliche Fragestellungen sind erfasst/gelöst, P ist in die aktuelle Krankenhaus-Finanzierungssystematik eingeordnet, Entwurf (Gesellschafts-)Vertrag liegt vor |
| Fachthemengruppe FTG 4        | Bearbeitet den Themenbereich Budget und Finanzierung  | Abgleich IST-/SOLL-Budgets ist erfolgt, Leistungs-, Kosten- und Finanzierungsplan ist erstellt, Transfer von IST- zur SOLL-Finanzierung ist beschrieben  |

## 2.4 Projekt-Zeitplan

Der Projekt-Zeitplan wurde **in Form eines detaillierten Balkenplans** erstellt, in dem die Zeitpläne der einzelnen Gremien/Akteure des Projektes abgestimmt und integriert wurden, angefangen vom Projekt-Start in der 10. KW 2014 über das prospektive Projekt-Ende in der 8. KW 2015 bis zur Abgabe

des Abschlussberichtes in der 15. KW 2015. Bestandteil des Zeitplanes war eine detaillierte Übersicht über die Meilensteine im Projekt-Prozess, differenziert nach den beteiligten Gremien/Akteuren. Damit wurde die Grundlage für das Projekt-Controlling gelegt.

### **3 Projekt-Durchführung**

Die Arbeits- und Zeitplanung des Projektes wurde im Wesentlichen wie vorgesehen umgesetzt. Wichtige Modifikationen ergaben sich im Projektverlauf in folgenden Punkten:

- Um die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen sicherzustellen, wurden zwei Workshops sowie 7 Treffen zu deren Vorbereitung durchgeführt.
- Nachdem beim Einstieg in die inhaltliche Projektarbeit deutlich geworden war, dass es zwischen den Aufgabeninhalten der FTG 1 und 2 wechselseitige Abhängigkeiten und personelle Überschneidungen gibt, regten die Mitglieder dieser beiden Gruppen die Zusammenlegung an. Diese wurde am 11. Juli 2014 vom PSG bestätigt.
- Wegen der Komplexität der Bearbeitungszusammenhänge der einzelnen Themen, einiger zusätzlicher Fragestellungen und auf Wunsch der Auftraggeber (Antrag des Kernteams vom 12.12.2014) wurde das Projektende durch einen Umlaufbeschlusses des PSG im Dezember 2014 vom 27.02.2015 auf den 31.07.2015 verschoben.

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die erfolgten Projekt-Sitzungen der beteiligten Gremien/Akteure.

**Tabelle 3: Projekt-Termine**

| <b>Termine zwischen März 2014 und Juli 2015</b>      | <b>Anzahl</b> |    |
|--|---------------|----|
| Projektsteuerungsgruppe                              | 6             |    |
| Kernteam   | 21            |    |
| FTG Zielgruppe und Leistungen                        | 31            | 61 |
| FTG Recht  | 10            |    |
| FTG Budget und Finanzierung                          | 20            |    |
| Workshops mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen | 2             |    |
| Vorbereitungstreffen Workshop mit PE/Angehörigen     | 7             |    |
| Workshops zur Datenabfrage                           | 2             |    |
| Persönliche Gespräche mit externen Akteuren          | 6             |    |

#### **4 Das Modell „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ - Vorbemerkung**

Wir berichten über die Entwicklung der Umsetzungsplanung für eine Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung in der Stadt Bremerhaven. Nach intensiver Arbeit aller am Projekt beteiligten Personen stand am Ende die Frage, wie das umzusetzende Modellprojekt denn nun heißen solle. Da sich der Kern des Projektes im Verlauf der fachlichen Diskussionen mehr und mehr als die *Mobilisierung der psychiatrischen Angebote hin zu den psychisch erkrankten Bürgern Bremerhavens und Ausrichtung an ihren Erwartungen* herauskristallisierte, erhielt das umzusetzende Modellprojekt den Namen „**Mobile Psychiatrie Bremerhaven**“.

##### **4.1 Zielgruppen**

In der Machbarkeitsstudie 2012 wurde zunächst empfohlen, *unter differenzierter Abwägung von Vor- und Nachteilen, insbesondere bezogen auf messbare Effekte, Steuerungsmöglichkeiten, Public Health-Relevanz und Komplexität von unterschiedlichen Lösungen weder alle Patienten einer Versorgungsregion (hohes Risiko des Scheiterns aufgrund der Komplexität) noch eine hochselektierte Gruppe von Patienten mit prognostiziertem hohem Aufwand (möglicherweise geringe Effekte) einzubeziehen, sondern stattdessen **mindestens** die beiden großen Diagnosegruppen Schizophrenie (F2) und Affekti-*

ve Störungen (F3) mit allen (!) Patienten aus dem entsprechenden Sektor in die Steuerung aufzunehmen. Diese Empfehlung war aber mit einem ausdrücklichen Überprüfungsvorbehalt versehen (siehe Kap. 1). Im Ergebnis dieser Überprüfung haben die Mitglieder der FTG 1 „Zielgruppe und Leistungen“ einstimmig für die Einbeziehung aller allgemeinpsychiatrischen Diagnosen unter Einschluss der Organischen Psychischen Störungen (F0) plädiert. Es sollte von Anfang an das komplette Versorgungsspektrum in das Projekt aufgenommen werden, um ein zweigleisiges Vorgehen - Modellprojekt für eine Teilgruppe der Patienten und Regelversorgung für die übrigen - zu vermeiden. Die Projektsteuerungsgruppe folgte diesem Vorschlag.

### **Zielgruppen des Modells „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“**

#### *Personen*

- ab Vollendung des 18. Lebensjahres
- mit Wohnort im Stadtgebiet Bremerhaven mit den Postleitzahlen: 27568, 27570, 27572, 27574, 27576, 27578 und 27580
- mit ICD 10-Diagnosen F0 bis F7.
- (wie bisher) aus dem näheren Umkreis von Bremerhaven im Landkreis Cuxhaven mit den genannten Diagnosen.

Neben dieser generellen Definition erfolgte eine nähere Umschreibung der Zuordnungs- und Abgrenzungskriterien einzelner Zielgruppen:

#### **- Diagnosebezogen**

ICD 10-F0 Organische Psychische Störungen:

Bei den zu versorgenden Patienten mit einer Hauptdiagnose nach ICD 10-F0 handelt es sich zum überwiegenden Teil um Betroffene, deren psychische Beschwerden und Symptome phänomenologisch (nicht ätiologisch) denen von Betroffenen mit Diagnosen aus den Hauptgruppen F1 bis F7 ähnlich sind und die einen ähnlichen Beratungs-, Unterstützungs-, Pflege- und Behandlungsbedarf haben. Deshalb werden auch diese Patienten unter konkret beschriebenen Bedingungen mit in das Projekt integriert, ohne dass sie die primäre Zielgruppe darstellen.

ICD 10-F1 (Suchtdiagnosen):

diese Patienten benötigen etwas abweichende Versorgungsprozesse und -strukturen, können aber trotzdem mit in das Projekt integriert werden.

ICD 10-F8 und F9 (Kinder und Jugendliche):

Strukturen und Bedarf sind deutlich unterschiedlich, volle Integration in das Projekt erscheint nicht sinnvoll (Ausnahmen siehe unten).

#### - **Altersbezogen**

Die Altersbegrenzung ab dem 18. Lebensjahr bedeutet eine Fokussierung des Projekts auf erwachsene psychisch erkrankte Menschen. Gleichwohl benötigen psychisch erkrankte junge Menschen am Übergang vom jugendlichen ins junge Erwachsenenalter (sogenannte „Adoleszenten-Psychiatrie“) personenorientierte Interventionen, die eine starre Altersgrenze relativieren.

So sollten fast volljährige Jugendliche in das Modellprojekt aufgenommen werden können, wenn dort eine angemessene und sinnvolle Behandlung erfolgen kann. Auf diese Weise wird bei länger andauerndem Behandlungsbedarf eine oft kritische Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Erwachsenen-Psychiatrie vermieden. Auf der anderen Seite sollte eine bereits lang andauernde Behandlung von Jugendlichen (z. B. mit ADHS) über das Alter von 18 Jahren hinaus zunächst in der Kinder- u. Jugendpsychiatrie fortgeführt werden können bis geklärt ist, ob ein weitergehender Behandlungsbedarf in der Erwachsenen-Psychiatrie gegeben ist. Entsprechende Entscheidungen orientieren sich am Behandlungspfad und erfolgen im Einzelfall durch das GT (s. unten).

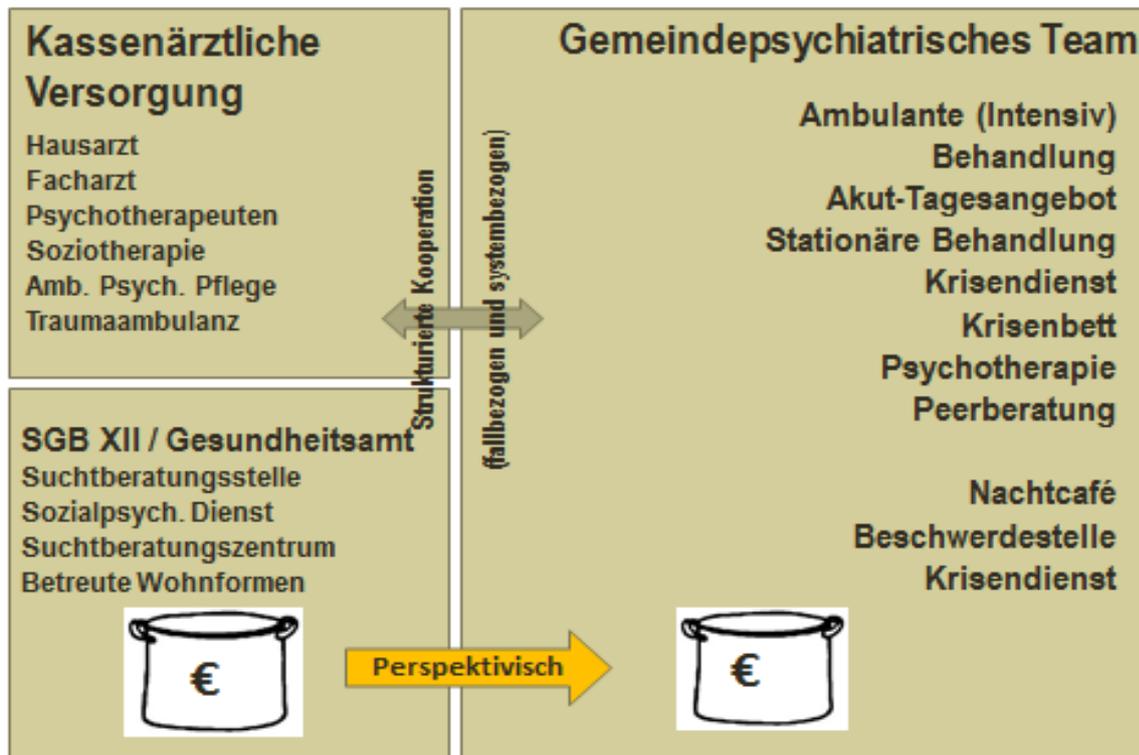
## **4.2 Einbettung in die psychiatrische Versorgung**

Abgrenzungsfragen zwischen den unterschiedlichen am psychiatrischen Versorgungssystem beteiligten Akteuren begleiteten die gesamte Umsetzungsplanung. Einigkeit besteht darin, dass sich das Modellprojekt konzentrieren soll auf *schwer (akut/chronisch) psychisch kranke **Patienten mit komplexen Problemlagen** und (vorübergehend) eingeschränkter Fähigkeit, sich die erforderlichen Unterstützungsleistungen aktiv zu erschließen und selbst zu koordinieren.* Im Allgemeinen kann diese Voraussetzung dann als gegeben gelten, wenn im Einzelfall ein stationärer Behandlungsbedarf vorliegt.

Die **ambulante Regelbehandlung** nach SGB V und hier insbesondere die vertragsärztlichen Leistungen bleiben in ihren Strukturen unberührt. Gleichwohl ist eine abgestimmte Kooperation und Vernetzung mit dem Bereich der Kassenärztlichen Leistungen, insbesondere den niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie/Psychotherapie sowie den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, erforderlich. Durch die kontinuierliche Einbeziehung von Ver-

tretern der niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten gelang im Projektablauf eine Schärfung sowohl der Grenzziehung als auch der notwendigen Übergänge in beide Richtungen.

**Abbildung 2: Teilsysteme der Versorgung im Rahmen des Modellprojektes „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“**



Perspektivisch sollen auch die Leistungen des SGB XII in das Projekt eingebunden werden.

Mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und Anbietern von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII sind mit dem Start des Modellprojekts bereits einzelne Kooperationen vorgesehen (Krisendienst, Nachtcafé, Krisenbetten).

Eine trennscharfe Abgrenzung der Versorgungszuständigkeiten ist in der Praxis kaum zu realisieren und am Ende nur im Einzelfall sinnvoll zu klären. Abbildung 2 verdeutlicht die Aufgabenschwerpunkte der Teilsysteme. Nach dem ersten Umsetzungsschritt verbleiben zunächst noch drei Teilsysteme: Die kassenärztliche Versorgung, die „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ im SGB V sowie die Angebote des Gesundheitsamtes, der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII und weitere Beratungs- und Unterstützungsleistungen.

### 4.3 Funktionen, Leistungen und Strukturen

Die FTG und das Kernteam des Umsetzungsprojekts einigten sich darauf, das *Funktionale Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung* (Steinhart & Wienberg 2014, 2015)<sup>2</sup> als Grundlage für die Weiterentwicklung der psychiatrisch-psycho-therapeutischen Versorgung in Bremerhaven zu nutzen. Dieses allgemeine funktionale Rahmenmodell war auf die spezifische Situation und die besonderen Anforderungen in Bremerhaven abzustimmen. Abbildung 3 zeigt das modifizierte Modell, wobei die rot unterlegten Bereiche die Abweichungen vom Ursprungsmodell markieren.

Kern des Modells ist die Vorhaltung einer mobilen multiprofessionellen Behandlung, die zugleich die Steuerung der Leistungen durch Beratung, Assessment und Genesungsplanung sicherstellt. Aus Sicht der im Rahmen von Workshops in die Umsetzungsplanung einbezogenen Psychiatrie-Erfahrenen hat die multiprofessionelle Beratungsfunktion eine besonders hohe Bedeutung und Priorität. Genesungsbegleiter sind bereits heute in Bremerhaven ein fester Bestandteil der klinischen Arbeit und sollen zukünftig auch ein wesentlicher Teil des mobilen multiprofessionellen Teams sein.

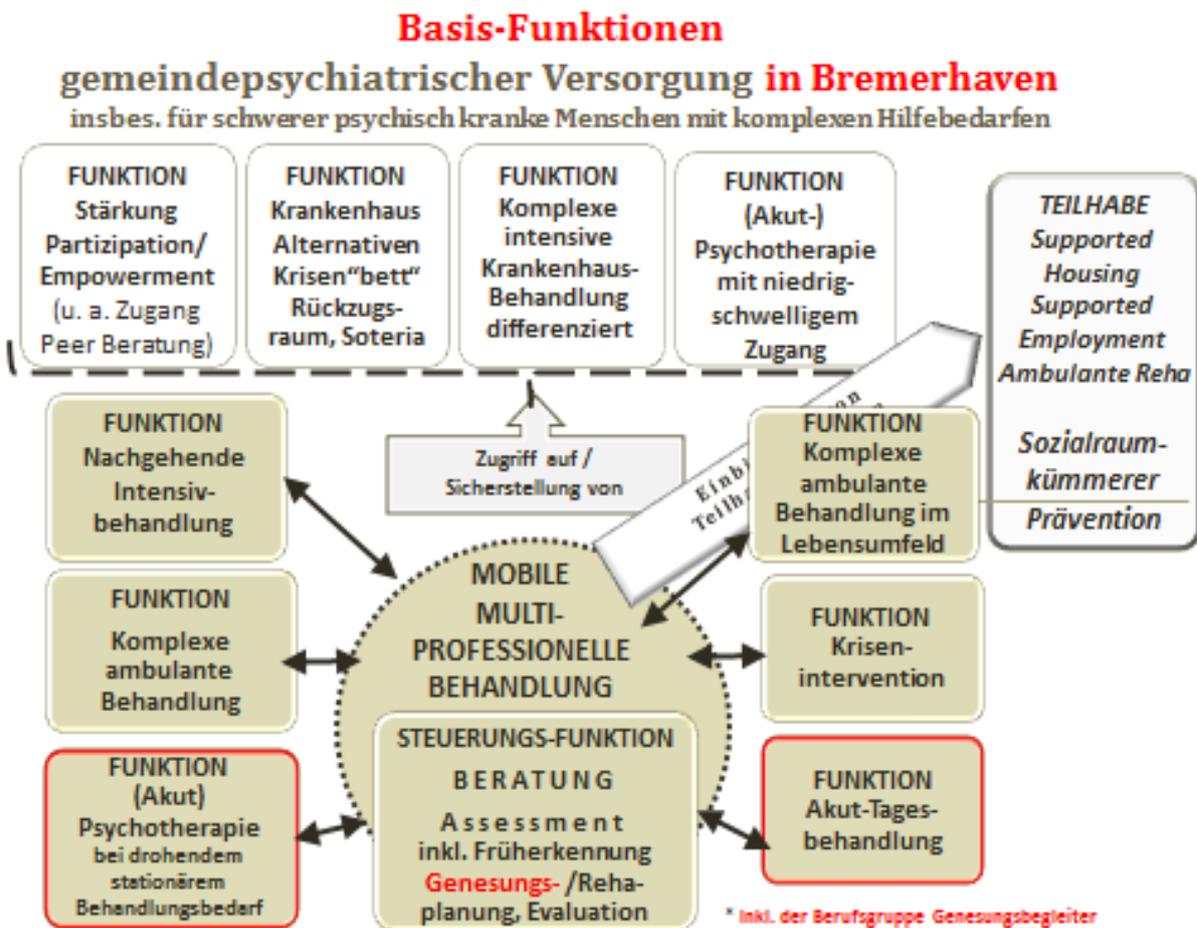
Abweichend vom Ursprungsmodell sollen in Bremerhaven als Kernfunktionen auch die Akut-Psychotherapie bei drohender Krankenhauseinweisung sowie die Akut-Tagesbehandlung durch die mobile psychiatrische Behandlung mit übernommen werden. Durch die Einbindung von Genesungsbegleitern in die GT ist auch ein Teil der Funktion „Empowerment“ direkt in der Kernfunktion enthalten.

---

<sup>2</sup> STEINHART I, WIENBERG G. Plädoyer für ein funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung. *Psychiat Prax* 41, 179–181 (2014)

STEINHART I, WIENBERG G. Mindeststandards für Behandlung und Teilhabe – Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung schwer psychisch kranker Menschen, *Sozialpsychiat Inform* 45 (4), 9-15 (2015)

**Abbildung 3: Basisfunktionen der gemeindepsychiatrischen Versorgung modifiziert für die Versorgungssituation in Bremerhaven**



Der so beschriebene mobile multiprofessionelle Kern soll auf weitere Funktionen zurückgreifen können, die entweder innerhalb des Modellprojektes „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ abgebildet oder in Zusammenarbeit mit Dritten gewährleistet werden:

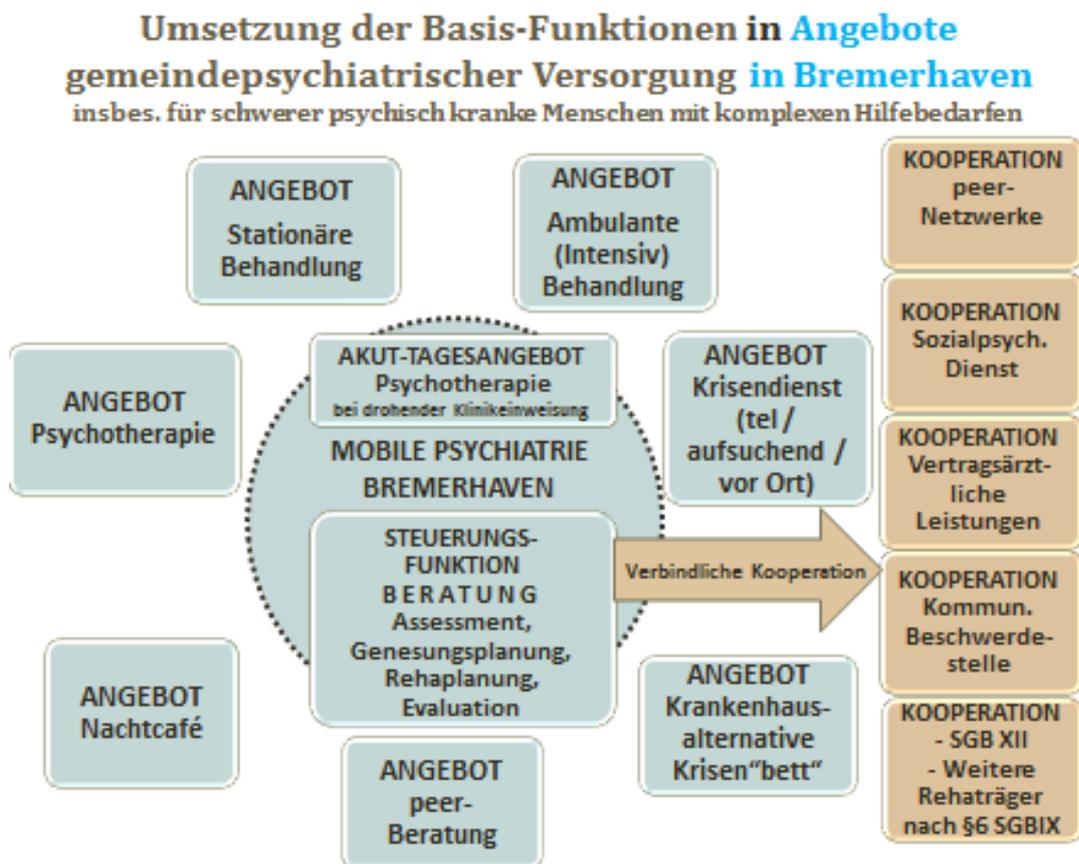
- Stärkung von Partizipation/Empowerment
- Krankenhausalternativen wie Krisenbett, Rückzugsräume, Soteria
- Komplexe intensive Krankenhausbehandlung, differenziert
- (Akut-)Psychotherapie (mit niedrigschwelligem Zugang), wenn eine Krankenhauseinweisung droht.

Diese Funktionen wurden übersetzt in eine Angebots- und Organisationsstruktur für die spezifische Situation in Bremerhaven (s. Abbildung 4).

Folgende **Kernfunktionen** sollen durch das Modell „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ unmittelbar vorgehalten werden:

- Die **komplexe ambulante Behandlung**  
(analog *Psychiatrische Institutsambulanzen*)
- Die **komplexe ambulante Behandlung im Lebensumfeld**  
(analog *Home Treatment*)
- Die **nachgehende Intensivbehandlung**  
(analog *Assertive Community Treatment*)
- **Krisenintervention**  
(analog *Crisis Intervention*)
- **Akut-Tagesbehandlung**
- **Akut-Psychotherapie bei akut drohendem stationärem Behandlungsbedarf im Einzelfall.**

**Abbildung 4: Angebotsstruktur des Modellprojekts**



## Beschreibung der Angebote im Einzelnen:

- **Steuerungsfunktion:**  
Die Steuerungsfunktion ist der Kern der „Mobilen Psychiatrie Bremerhaven“ und wird mit ihren zentralen Prozessen Beratung, Assessment, Genesungs-/Rehaplanung und Evaluation in den folgenden Kapiteln ausführlich beschrieben.
- **Ambulante (Intensiv-)Behandlung:**  
Dieses Angebot stellt eine umfassende Behandlung von Patienten mit schweren und komplexen psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen als Alternative zur Krankenhausbehandlung sowie eine kontinuierliche Begleitung von Patienten nach Klinikaufenthalt sicher. Die Funktionen des *Home Treatment*, des *Assertive Community Treatment*, des klassischen *Case Managements* und der *Peer Beratung* werden hier integriert in Abhängigkeit von der individuellen Situation erbracht.
- **Akut-Tagesangebot:**  
Für Bedarfe, die vorübergehend nicht ausschließlich zu Hause oder im Rahmen ambulanter (Intensiv-)Behandlung abgedeckt werden können, wird ein Tagesklinik-ähnliches Angebot an 7 Tagen die Woche tagsüber vorgehalten. Die Nutzung dieses Angebotes soll quantitativ (Stunden pro Tag/Tage pro Woche) wie qualitativ (Auswahl der Angebote/Therapieeinheiten) sehr flexibel gehandhabt werden können. Eine Teilnahme an diesem Angebot ist jederzeit, also auch in akuten Krisen, möglich. Das Akut-Tagesangebot arbeitet Personen bezogen sehr eng mit der Ambulanten (Intensiv-)Behandlung und dem Krisendienst zusammen.
- **Krisendienst:**  
Der mobile Krisendienst mit seinen Kernfunktionen Soforthilfe und Vermittlung bei seelischen Krisen und psychiatrischen Notfällen wird ganzjährig an 7 Tagen/Woche mit einer zentralen Rufnummer sichergestellt.  
Hinsichtlich der praktischen Umsetzung wird vorgeschlagen, diesen Krisendienst in den Tagstunden in Abstimmung mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt und in bestimmten, noch zu definierenden (eingeschränkten) Nachtstunden und ggf. unter Einbeziehung des diensthabenden (Fach-)Arztes der stationären Psychiatrie am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide (KBR) zu organisieren.
- **Krankenhausalternative/Krisen-„Bett“:**  
Dieses Angebot stellt sicher, dass seitens der GT eine Unterkunftsmög-

lichkeit als Alternative zur Klinikaufnahme nachts und ggf. auch tagsüber angeboten werden kann (z. B. in einer SGB XII-Einrichtung).

- **Stationäre Behandlung:**

Differenzierte Krankenhausbehandlung ist in einer zu definierenden Größenordnung (Betten) ein unverzichtbarer Bestandteil des Modells „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“.

Eine stationäre Behandlung im Krankenhaus kann erforderlich werden bei:

- selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten
- extrem ausgeprägter Symptomatik
- Entscheidungsunfähigkeit
- Erheblich eingeschränkter Fähigkeit zu selbstbestimmten Entscheidungen
- schwerer psychosozialer Konfliktsituation in häuslicher Umgebung
- starker Vernachlässigung in häuslicher und sozialer Umgebung
- schweren begleitenden körperlichen Erkrankungen
- in Einzelfällen: ungünstigen Krankheitsverläufen oder Therapieresistenz.

- **Nachtcafé**

Das mit „Nachtcafé“ umschriebene Angebot in den frühen und späteren Abendstunden dient als Anlaufstelle für Psychiatrie-Erfahrene beim Wunsch nach Sozialkontakten, nach Kontakt zu einer Peer-Gruppe sowie nach Reduzierung psychischer Belastung aufgrund von Alleinsein. Die Ausgestaltung und Organisation soll überwiegend durch Psychiatrie-Erfahrene selbst erfolgen, eine ständige Anwesenheit von Profis ist nicht erforderlich. Falls professionelle psychiatrische Kompetenz erforderlich ist, kann der Krisendienst eingeschaltet werden.

- **Peer-Beratung**

Die Peer-Beratung ist einerseits eine Querschnittsfunktion im Sinne der Genesungsbegleitung, die in allen Angeboten der „Mobilen Psychiatrie Bremerhaven“ integriert sein soll. Andererseits soll sie einen eigenständigen Platz im Sinne einer Beratung „Erfahrener für Erfahrene“ bekommen, z. B. an den Standorten Nachtcafé und Krankenhaus.

- **Psychotherapie:**

Neben der in Einzelfällen erforderlichen direkten psychotherapeutischen Intervention durch die „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ bei akut drohender Krankenhauseinweisung soll in Kooperation mit niedergelassenen Psychotherapeuten eine niedrigschwellige Akut-Sprechstunde eingerichtet werden. Sie stellt kurzfristig psychotherapeutische Interventionen mit begrenztem Umfang (z. B. 6-8 Sitzungen) für Patienten si-

cher, für die das übliche Zugangsverfahren zur ambulanten Psychotherapie zu lang ist und mit einem Dekompensationsrisiko mit stationärer Behandlungsbedürftigkeit verbunden wäre.

Das Modell „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ arbeitet eng mit zahlreichen Kooperationspartnern zusammen, die nicht struktureller und finanzieller Bestandteil des Modells sind. Dazu gehören die bestehenden Peer-Netzwerke, der Sozialpsychiatrische Dienst, die Anbieter vertragsärztlicher Leistungen, die kommunale Beschwerdestelle, die Anbieter von Leistungen des SGB XII sowie weitere Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX.

#### **4.4 Kooperationen und Zugangswege**

Das Modell „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ wird organisatorisch im Kern durch ein oder mehrere GT umgesetzt, die neben der multiprofessionellen mobilen Behandlung auch den Betrieb des Tagesangebotes sicherstellen.

Die „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ steuert und finanziert aus ihrem Gesamtbudget auch die drei Angebots-Segmente Krisen-„Bett“, Nachtcafé und stationäre Behandlung sowie Teile des Krisendienstes in Ergänzung zum Krisendienst des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Abbildung 5 verdeutlicht die Zugangswege: Das GT ist der zentrale Anlaufpunkt für alle Leistungen außerhalb des vertragsärztlichen Systems. Ausgehend von der hilfeschenden Person (und/oder ggf. seiner gesetzlichen Vertretung oder Angehörigen) gibt es folgende Zugangswege und Schnittstellen zum Modell „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“:

1. Direkte Kontaktaufnahme des Patienten zum GT:

Das GT wird tagsüber zu festgelegten Zeiten über eine eigene oder zu den übrigen Zeiten über die zentrale Rufnummer des Krisendienstes an 7 Tagen/Woche 24 Stunden erreichbar und mobilisierbar sein. Der Krisendienst wird tagsüber in Abstimmung mit dem Krisendienst des Sozialpsychiatrischen Dienstes tätig. In festzulegenden Nachtstunden wird die ärztliche Krisenversorgung in Kombination mit dem diensthabenden (Fach-)Arzt des KBR sichergestellt.

Die Abstimmung zwischen dem Krisendienst, den Aufgaben und dem Beitrag des nicht direkt in das Modell integrierten Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie dem diensthabenden Arzt im Krankenhaus wurde im Rahmen des Projekts nicht im Einzelnen ausgearbeitet und müsste vor einer Umsetzung noch präziser und konkreter beschrieben werden. Nach der unmittelbaren Krisenversorgung ist in jedem Fall für alle wei-

tergehenden Maßnahmen eine Beratung bzw. ein Assessment durch das GT erforderlich.

2. Zuweisung durch Haus- oder Facharzt:

Wenn im Rahmen der Konsultation eines behandelnden Haus- oder Facharztes klar wird, dass der Patient einen über die Möglichkeiten des niedergelassenen Arztes hinausgehenden Behandlungs- und Unterstützungsbedarf hat, stimmen sich (Fach-)Arzt und GT Patienten bezogen ab und kooperieren eng im Behandlungsverlauf.

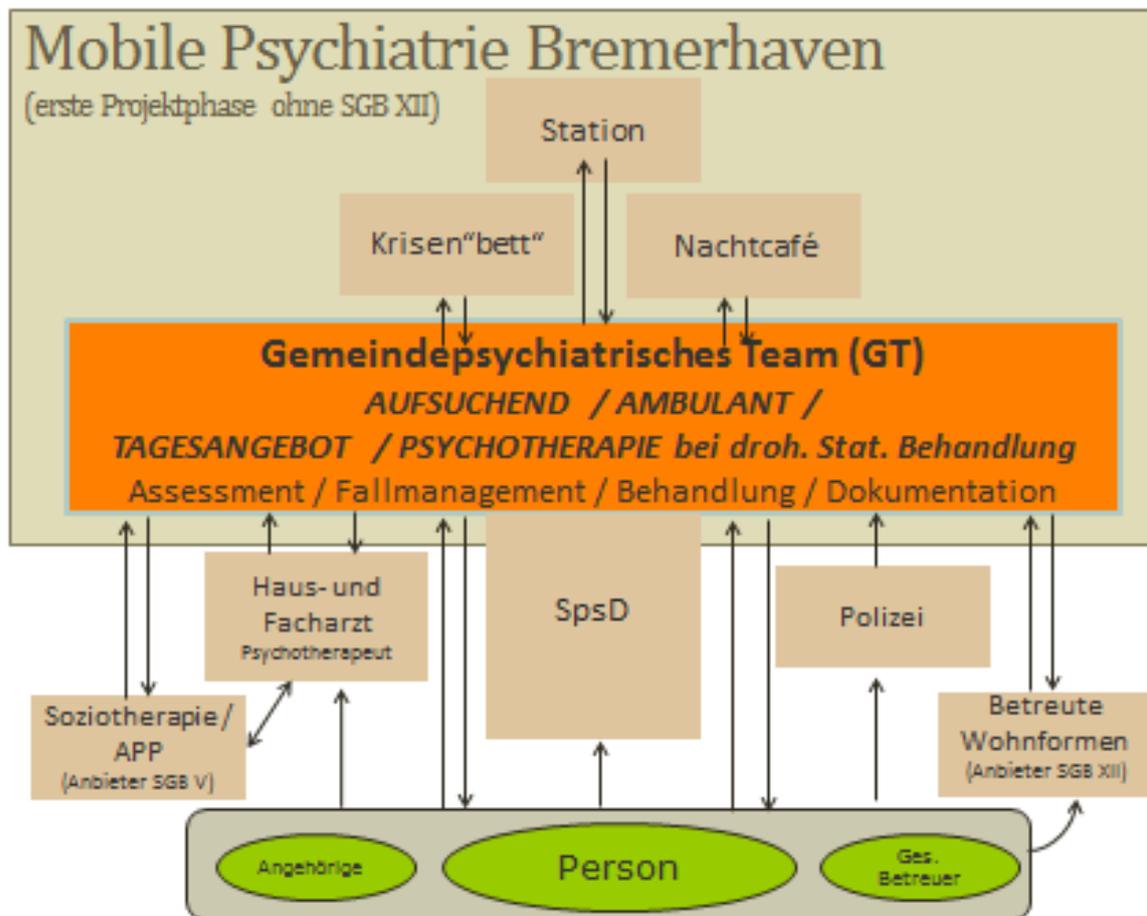
3. Sozialpsychiatrischer Dienst:

Wesentliche Funktionen des Sozialpsychiatrischen Dienstes und damit auch dessen wesentliche Ressourcen sollen erst zum Zeitpunkt der Integration von Leistungen nach dem SGB XII in das Modell und in die GT integriert werden. Die Kooperation im Rahmen der Startphase betrifft hauptsächlich den Krisendienst sowie die Beratung und Beteiligung bei Fallkonferenzen.

4. Polizei:

Akut-Aufnahmen in die psychiatrische Klinik nach dem PsychKG stellen einen Sonderfall dar, der mit einer Abweichung von der vorgesehenen Erstberatung durch das GT verbunden ist. Dem aufnehmenden Arzt der Klinik wird in diesem Fall die Aufgabe der Einzelfallentscheidung des GT übertragen. Es muss sich dann jedoch um einen (erfahrenen) Facharzt handeln. Die weitere Behandlungsplanung und das Entlassungs- und Übergangsmanagement wird wiederum zeitnah durch das GT wahrgenommen.

**Abbildung 5: Zugangswege und Kooperationen**



#### 5. Klinik-Station:

In allen anderen Fällen wird die Entscheidung über die Notwendigkeit der stationären Behandlung durch das GT getroffen. Während der Behandlung im Klinikum stellt das GT frühzeitig den Kontakt zum Patienten her. Ziel ist hier die frühzeitige Planung des Behandlungsweges nach dem Klinikaufenthalt und das Herstellen einer Beziehung zum Case-Manager/zur Bezugsperson.

Eine im Rahmen des Projekts nicht gelöste Frage ist, wie mit den zahlreichen (überwiegend nächtlichen) Aufnahmen intoxikierter Patienten umgegangen werden soll, die eine große Belastung für die Abläufe in der Klinik darstellen.

#### 6. Ambulante Soziotherapie/APP:

Soziotherapie und APP können auf zwei Wegen in Anspruch genommen werden: im Rahmen der bestehenden Richtlinien auf Verordnung des

Arztes oder veranlasst durch das GT außerhalb der Richtlinien bei definierter Qualität.

7. Psychotherapie mit zeitnahe Zugang:

Die Bereitstellung eines psychotherapeutischen Angebots mit zeitnahe Zugang im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung soll in Abstimmung der Akteure in Bremerhaven geschaffen werden. Im Notfall bei akut drohender Krankenhauseinweisung hält das GT im Einzelfall auch eigene psychotherapeutische Ressourcen bereit.

#### **4.5 Das Gemeindepsychiatrische Team (GT)**

Das GT ist das Kernangebot der „Mobilen Psychiatrie Bremerhaven“. Es ist primär verantwortlich für die Personen bezogene Steuerung der Leistungen in fachlicher wie ökonomischer Hinsicht unter Beachtung der zur Verfügung stehenden Gesamtrressourcen. Die Aufgaben des GT beinhalten somit insbesondere das Assessment, die Genesungs- bzw. Rehaplanung, das Fallmanagement sowie die ambulante und aufsuchende Behandlung inklusive psychotherapeutischer Behandlung bei drohender Krankenhauseinweisung. Weiterhin liegt das Tagesangebot in der Verantwortung des GT und - gemeinsam mit den beteiligten Partnern - der Krisendienst. Das GT arbeitet eng mit den weiteren Angeboten wie stationäre Behandlung, Krisen-„Bett“, Nachtcafé etc. zusammen (s. auch Abbildung 5).

Das GT wird überwiegend aus Mitarbeitern der psychiatrischen Abteilungen des KBR bestehen sowie zu einem zunächst kleineren Anteil aus Mitarbeitern ambulant tätiger Leistungserbringer (APP sowie ambulante Soziotherapie).

Für die Startphase wurde die in Tabelle 4 dargestellte Personalausstattung erarbeitet.

**Tabelle 4: Mögliche Personalausstattung des GT in der Startphase**

| Berufsgruppe                                   | „Akut“-Tagesangebot | Ambulante Begleitung | Krisendienst | Summe |
|--|---------------------|----------------------|--------------|-------|
| Ärzte/ Psychologen                             | 2,0                 | 1,5                  | 0,5          | 4,0   |
| Pflegepersonen<br>Sozialarbeiter/<br>pädagogen | 10,0                | 9,0                  | 1,0          | 20,0  |
| Ergotherapeuten/<br>Physiotheapeuten           | 0,5                 | 0,5                  | -            | 1,0   |
| Peers<br>(Genesungs-<br>begleiter)             | 1,5                 | 1,0                  | 0,5          | 3,0   |
| Summe  | 14,0                | 12,0                 | 2,0          | 28,0  |

Die für die Psychiatrie typischen Berufsgruppen wurden in drei Kategorien zusammengefasst, weil therapeutische Aufgaben und Case Management-Funktionen (Planung, Implementierung und Koordination individuell angepasster, bedarfsgerechter Behandlungs- und Unterstützungsleistungen quer zu den bestehenden Einrichtungen) von Mitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen übernommen werden können. Die beschriebenen Angebote werden übergreifend geleistet, das Personal kann flexibel den jeweiligen Funktionen zugeordnet werden.

Im Ablauf des Projektes wurden verschiedene Organisationsmodelle für das GT, u. a. solche aus der Machbarkeitsstudie, in allen Gremien des Projekts (FTG, KT und PSG) intensiv diskutiert. Dabei mussten verschiedene, z.T. konfligierende Zielvorstellungen geklärt bzw. harmonisiert werden:

- Erstens galt es, die bereits im Projektauftrag genannte, nicht von Partikularinteressen dominierbare Gesamtsteuerung zu gewährleisten, u. a. um Fehlanreize in Richtung einer Maximalauslastung einzelner Angebote und damit Bindung hoher Budgetanteile zu vermeiden; ein GT in alleiniger Trägerschaft des KBR kam somit nicht in Frage.
- Zweitens sollte eine formalrechtlich tragfähige Möglichkeit geschaffen werden, neben den SGB V-Leistungen auch baldmöglichst SGB XII-Leistungen (evtl. auch solche weiterer Rechtskreise) in das Modell bzw.

Leistungsangebot zu integrieren, ggf. unter Einbringung der dafür bereits zur Verfügung stehenden Finanzmittel in das Modellbudget.

Um diesen beiden Prämissen gerecht zu werden, erschien die Gründung einer eigenständigen (gemeinnützigen) Managementgesellschaft (z.B. in Trägerschaft des Landes, der Kommune und der beteiligten Leistungserbringer) als prioritäres Ziel ("Mobile Psychiatrie Bremerhaven gGmbH" - s. hierzu Kapitel 5).

Des Weiteren sollte das GT schon aus wirtschaftlichen Gründen mit vorhandenen Personalkapazitäten der am Modell beteiligten Leistungserbringer (KBR, Soziotherapie- und APP-Leistungserbringer), insbesondere mit dem bereits vorhandenen Krankenhauspersonal der psychiatrischen Abteilungen des KBR arbeiten. Dabei sollten die ärztlich-fachliche und die disziplinarische Verantwortung für die Mitarbeitenden des GT und die ambulant-mobilen Aufgaben des psychiatrischen Versorgungsangebots in derselben Organisationseinheit liegen (näheres dazu in Kapitel 5).

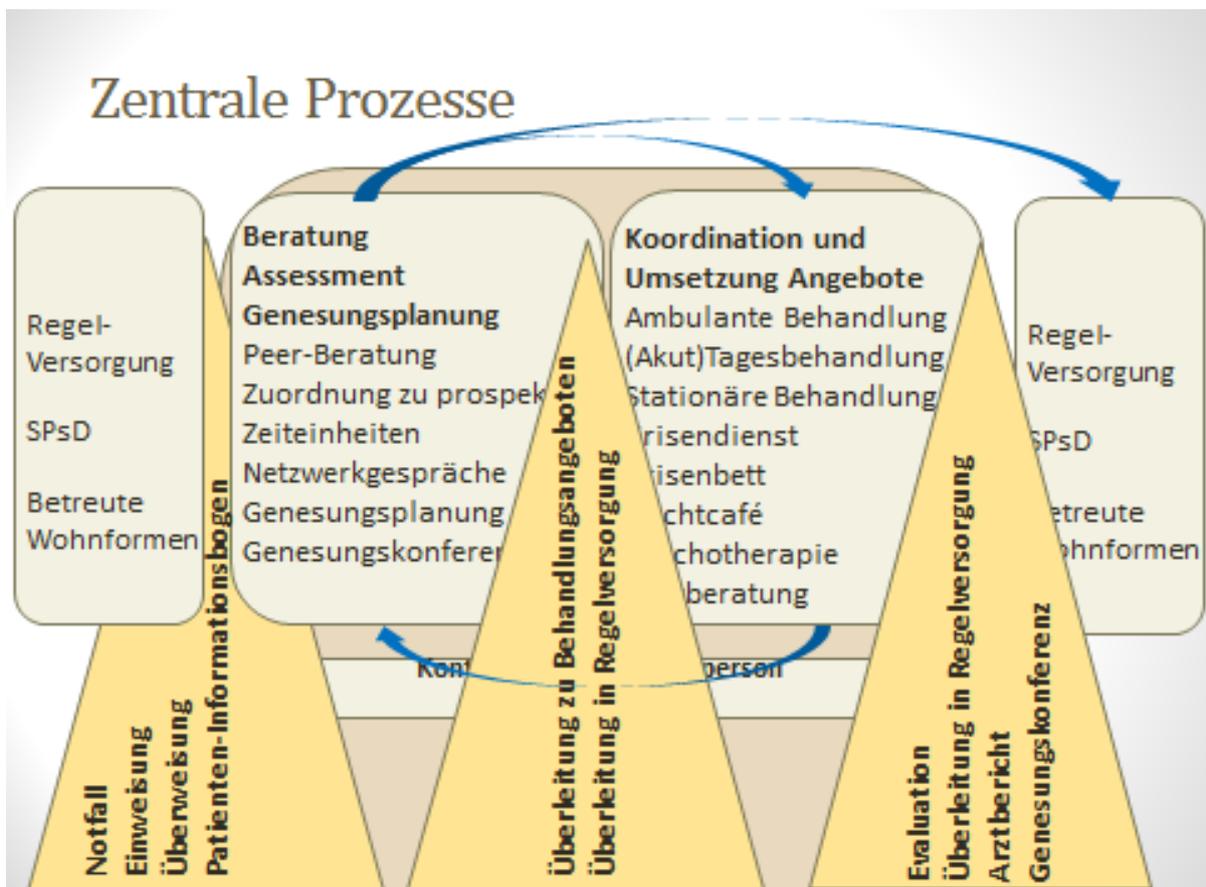
Stationäre und weitere, nicht ambulant-aufsuchende Leistungen würden in dieser Variante somit nicht durch das GT oder seine Mitarbeitenden selbst, sondern durch externe Kooperationspartner bzw. -einheiten einschließlich des Krankenhauses (KBR) sichergestellt.

Die nach umfangreicher Diskussion in allen FTG und Gremien getroffene Entscheidung, alle sozialpsychiatrischen Leistungen (SGB V- und perspektivisch auch SGB XII-Leistungen) der „Mobilen Psychiatrie Bremerhaven“ in einer Organisationseinheit unter einer Leitung zu managen, hatte erhebliche Auswirkungen auf das darauf aufbauende Modell der Gesamtorganisation. Sie bedeutete in der Konsequenz u.a. die Überführung der finanziellen Mittel (Psychiatriebudget) sowie der personellen medizinisch-therapeutischen und pflegerischen Ressourcen des Krankenhauses (KBR) in das Modellprojekt und dessen Organisationsstruktur. Die hieraus entstehenden gesellschafts-, arbeits- und steuerrechtlichen Herausforderungen sind in den Kapiteln 5 ff. beschrieben.

## 4.6 Zentrale Prozesse

Als zentrale Prozesse der „Mobilen Psychiatrie Bremerhaven“ wurden die Bereiche Beratung, Assessment und Genesungs- bzw. Rehaplanung herausgearbeitet. Auf Basis der Ergebnisse dieser Prozesse erfolgt entweder die Überleitung in Angebote der Regelversorgung oder der Patient wird weiter innerhalb des Angebotsspektrums der „Mobilen Psychiatrie Bremerhaven“ behandelt (s. Abbildung 6). Vor wie nach der Behandlung und Unterstützung durch die „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ steht das Regelsystem der psychiatrischen Versorgung in Bremerhaven zur Verfügung: Leistungen des Gesundheitsamtes/des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Eingliederungshilfe Wohnen und Arbeit/Beschäftigung sowie der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Wesentliche Aufgabe der zentralen Prozesse ist daher die Schnittstellenbearbeitung zwischen dem Regelsystem und dem neuen Angebot bei Eintritt des Patienten (Krisen- bzw. Notfall, Einweisung, Überweisung) sowie bei Austritt (Evaluation der Maßnahmen, Überleitung). Dabei spielt die strukturierte Informationsweitergabe in Form von Standardberichten, ggf. auch durch Fall- oder Genesungskonferenzen, eine entscheidende Rolle.

**Abbildung 6: Zentrale Prozesse**

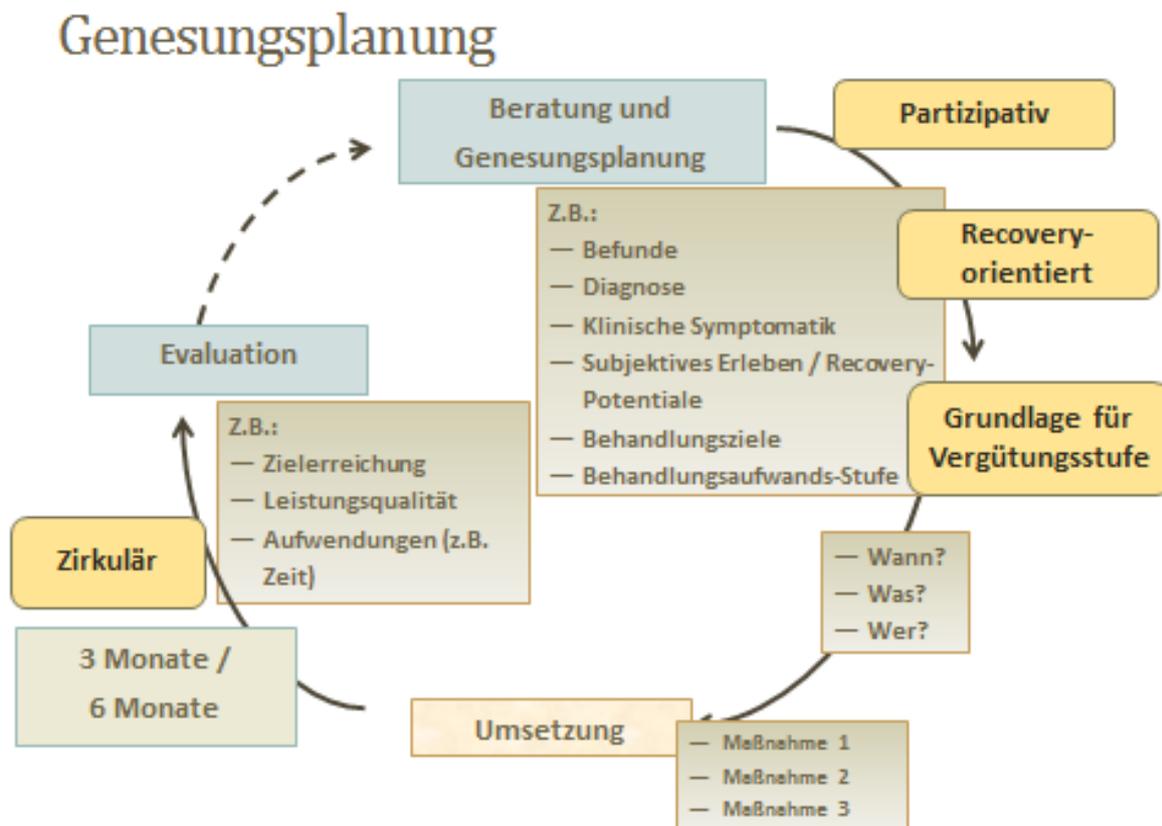


#### **4.6.1 Beratung und Genesungsplanung**

Die individuelle Beratung und Genesungsplanung sind Kernaufgaben des GT, die partizipativ und Recovery-orientiert erbracht werden sollen. Das GT steuert über das Personen bezogene Assessment den Zugang zu psychiatrischen (ggf. psychotherapeutischen) Leistungen für alle, die außerhalb des Regelsystems einen Behandlungsbedarf haben. Erforderlich ist ein abgestuftes Verfahren von der Einzelfallentscheidung in Akut-Situationen bis hin zu komplexen Fallkonstellationen mit Entscheidungen über Genesungspläne in Genesungs- oder Netzwerkkonferenzen unter Einbeziehung aller relevanten Akteure. Bei komplexem Behandlungsbedarf werden gemeinsam mit dem Patienten die klinische Beeinträchtigung und die subjektive Sicht auf die Erkrankung (Recovery-Potenziale) erhoben. Darauf aufbauend werden die individuellen Behandlungsziele und die dazugehörigen geeigneten Leistungen gemeinsam festgelegt. Durch die Verknüpfung einer – im Idealfall „auf Augenhöhe“ ausgehandelten - fachlich-klinischen und subjektiven Einschätzung des Behandlungsaufwandes mit einer prospektiven Vergütungsstufe entsteht ein innovatives Modell für die individualisierte Bedarfsfeststellung und Leistungsbemessung bzw. -steuerung (s. Abschnitt 4.6.2). Die Empfehlung eines prospektiv-zeitbasierten Vergütungsmodell war bereits in der Machbarkeitsstudie enthalten und wurde im Umsetzungsprojekt durch alle Gremien bestätigt (s. auch Kapitel 4.6.2 und Kapitel 8).

Das Verfahren ist zirkulär und beinhaltet eine Evaluation des bisherigen Behandlungsverlaufs und die Bestimmung des weiteren Vorgehens in festgelegten Intervallen: Bei bekannten Patienten nach 6 Monaten, bei neuen nach drei Monaten (vgl. Abbildung 7)

**Abbildung 7: Prozess Beratung und Genesungsplanung**



#### **4.6.2 Assessment und Genesungsplanung- Bremerhavener Skala zur Einschätzung des prospektiven Behandlungsaufwandes**

Die „Bremerhavener Skala zur Einschätzung des prospektiven Behandlungsaufwandes“ ist das zentrale Instrument der Genesungsplanung. Es wurde im Rahmen des Projektes von dem Chefarzt des KBR Herrn Dr. Eikmeier und der Pflegedienstleitung Frau Lacroix entwickelt. Das partizipative Verfahren zielt auf eine umfassende Einschätzung der Situation des Patienten, seines Behandlungs- bzw. Unterstützungsbedarfs und auf die Erarbeitung von Zukunftsperspektiven.

Das im Rahmen des Projektes entwickelte Konzept beinhaltet den Blick sowohl auf die Beeinträchtigungen (Symptomatik, psychosoziales Funktionsniveau angelehnt an die Global Assessment of Functioning-Scale/GAF) als auch auf die Ressourcen im Sinne des Recovery-Ansatzes. Dieser wird in Bremerhaven und insbesondere von den Mitarbeitenden des KBR bereits seit Jahren in der Praxis gelebt und auf verschiedenen Ebenen kontinuierlich ausdifferen-

ziert. Dies entspricht den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2013). Mit der Bremerhavener Skala und dem damit verbundenen klinischen Assessment sowie der Behandlungs-/Genesungsplanung wurde dieser Ansatz im deutschsprachigen Raum weiterentwickelt. Das im Rahmen dieses Projektes erarbeitete innovative Instrumentarium soll den notwendigen Veränderungsprozess in der klinischen Behandlung hin zur Selbstbefähigung psychiatrischer Patienten methodisch unterstützen.

Mit der Skala (s. Tabelle 5) soll prospektiv eine **Globaleinschätzung des Behandlungsaufwandes** einer psychischen Erkrankung/Störung durch einen in der Beratung und Behandlung psychisch kranker Menschen erfahrenen Praktiker auf 7 Stufen erfolgen. Diese Einschätzung erfolgt unter Berücksichtigung der klinischen Symptomatik und des subjektiven Erlebens der betroffenen Patienten. Die Einordnung in Stufen dient der Bewertung des prospektiven Behandlungsaufwands pro Person. Darüber hinaus dient sie zur Klärung der Frage, ob die Angebote des Regelsystems ausreichen, um den individuellen Behandlungs- und Unterstützungsbedarf abzudecken (bei Stufen 1 und 2).

**Tabelle 5: Behandlungsaufwand (globale Einschätzung)**

| Stufe | Behandlungsaufwand                    |
|-------|---------------------------------------|
| 7     | extrem hoher Behandlungsaufwand       |
| 6     | sehr hoher Behandlungsaufwand         |
| 5     | hoher Behandlungsaufwand              |
| 4     | durchschnittlicher Behandlungsaufwand |
| 3     | mäßiger Behandlungsaufwand            |
| 2     | geringer Behandlungsaufwand           |
| 1     | sehr geringer Behandlungsaufwand      |

Als Orientierungshilfen zur Einschätzung und Einordnung in die Stufen können die Ankerpunkte in den Tabellen 6 und 7 herangezogen werden.

- Mit Hilfe der klinischen Ankerpunkte wird das psychosoziale Funktionsniveau beurteilt. Beeinträchtigungen durch körperliche und/oder umgebungsbedingte Beeinträchtigungen sollen (analog zur GAF, DSM IV<sup>TM</sup>) nicht einbezogen werden. Ziel der Skala ist nicht die elaborierte und quantitative Erfassung einzelner psychopathologischer Phänomene.
- Den subjektiven Ankerpunkten liegt die Annahme zugrunde, dass ein Recovery- bzw. Genesungsweg (häufig) in kleinen Schritten erfolgt und in der Regel nicht geradlinig ist, sondern auch Rückschritte einschließt.

Die Einschätzung kann sowohl durch den Untersucher (auf der Basis der vom Patienten gemachten Angaben) wie durch den Patienten selbst erfolgen.

- Im Einzelfall müssen die in Tabelle 6 beschriebenen Stufen der klinischen Ankerpunkte nicht parallel zu den in Tabelle 7 beschriebenen Stufen der subjektiven Ankerpunkte verlaufen. Besteht eine Diskrepanz zwischen subjektiver und objektiver (Schweregrad-)Stufe, so ist durch den Untersucher/Beurteiler eine Globaleinschätzung unter Gewichtung subjektiver und objektiver Ankerpunkte vorzunehmen.
- Diese Globaleinschätzung des Behandlungsaufwandes erfolgt – wie oben beschrieben – prospektiv in 7 Stufen und in festgelegten Zeitabständen: beim erstmaligen Auftreten einer psychischen Krise/Erkrankung für 3 Monate, bei bereits längere Zeit bestehenden Erkrankungen/Störungen für 6 Monate.

**Tabelle 6: Klinische Ankerpunkte** (Eikmeier & Lacroix)

| <b>Stufe</b> | <b>Klinische Ankerpunkte</b>  |
|--------------|---|
| 7            | - ständiges eigen- oder fremdgefährdendes Verhalten, auch minimale persönliche Hygiene kann nicht aufrechterhalten werden   |
| 6            | - sehr häufig wiederkehrendes eigen- oder fremdgefährdendes Verhalten<br>- schwere psychomotorische Unruhe<br>- Hilfe bei allen persönlichen Hygienemaßnahmen erforderlich<br>- schwere Beeinträchtigungen in der Kommunikationsfähigkeit |
| 5            | - erhebliche Beeinträchtigungen auf mehreren Gebieten, z. B. der Kritikfähigkeit, des Denkens, der Stimmung, der Realitäts-einschätzung, der Kommunikationsfähigkeit  |
| 4            | - ernsthafte Beeinträchtigung durch z. B. Suizidalität, sehr starke Ängste oder Zwänge, unkontrollierten Alkohol- oder Drogenkonsum   |
| 3            | - mäßige Beeinträchtigung durch z. B. erhebliche Depressivität, Angst und/oder Unruhe<br>- schwere und ausgebreitete somatoforme Symptomatik  |
| 2            | - Symptomatik führt zu leichten Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen und/oder interpersonellen Konflikten,<br>- somatoforme Beschwerden  |
| 1            | - keine oder leichtgradige Symptome und Beschwerden<br>- keine oder geringfügige Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit  |

**Tabelle 7: Subjektive Ankerpunkte** (Eikmeier & Lacroix)

| Stufe | Subjektive Ankerpunkte   |
|-------|--|
| 7     | <ul style="list-style-type: none"><li>- Unverrückbares Gefühl des Ausgeliefertseins</li><li>- Hilflosigkeit</li><li>- Entscheidungsunfähigkeit, fehlende Selbstbestimmung</li></ul>  |
| 6     | <ul style="list-style-type: none"><li>- keine Einflussmöglichkeit auf die Behandlung, Wirklichkeit wird als Unverrückbar erlebt, Abhängigkeit</li><li>- Hilfe wider Willen, Traumatisierung durch Zwangsmaßnahmen,</li></ul> |
| 5     | <ul style="list-style-type: none"><li>- Resignation, fehlende Zukunftsperspektive, Sinnlosigkeit</li><li>- generelles Misstrauen</li></ul>   |
| 4     | <ul style="list-style-type: none"><li>- erste Hoffnung auf Besserung</li><li>- Erkennen eigener Stärken</li><li>- Akzeptieren der Beeinträchtigungen</li></ul>   |
| 3     | <ul style="list-style-type: none"><li>- wiederkehrendes Selbstvertrauen,</li><li>- erste Zukunftsplanungen, Bewältigungsstrategien finden,</li><li>- eigene Fähigkeiten und Ressourcen wiederentdecken</li></ul>             |
| 2     | <ul style="list-style-type: none"><li>- Selbstmanagement der Erkrankung</li><li>- Krankheit als Quelle eigenen Wachstums erkennen</li></ul>  |
| 1     | <ul style="list-style-type: none"><li>- Positive Selbsteinschätzung</li><li>- optimistische Zukunftsperspektive</li><li>- Sinnhaftigkeit</li><li>- verbesserte Belastbarkeit (Resilienz)</li></ul>                           |

Es ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der „Bremerhavener Skala zur Einschätzung des prospektiven Behandlungsaufwandes“<sup>3</sup> um ein bisher nicht in dieser Form umfangreich erprobtes und validiertes Verfahren handelt. Der partizipativen Linie des Projektes folgend wurden die Skalen unter Mitarbeit von FOKUS Bremen und Herrn Jan Nachtigall(KBR) im Rahmen von Fokus-Gruppen diskutiert, im Anschluss erfolgten die ersten Anpassungen. Eine Validierung und ggf. Anpassung muss im Rahmen der Erprobungsphase erfolgen.

---

<sup>3</sup> Literatur zur Skalenentwicklung:

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV™. Washington 1994.

Leamy M, Bird V, LeBoutillier C, Williams J, Slade M: Conceptual Framework for Personal Recovery in Mental Health: Systematic Review and Narrative Synthesis. Brit J Psychiat 199 (2011) 445-452.

## 5 Organisationsmodell

Neben der im vorhergehenden Kapitel beschriebenen fachlichen Ausgestaltung des Modells „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ galt es darauf aufbauend eine Organisationsstruktur zu entwickeln, die den im Projekt-Auftrag definierten Anforderungen gerecht wird: **die Entwicklung eines personenorientierten, umfassenden, Sektoren übergreifenden, nicht an Partikularinteressen gebundenen Steuerungssystems für psychiatrische Leistungen nach dem SGB V, SGB XII/SGB IX.**

Hierbei galt die Festlegung, dass zunächst ausschließlich die Leistungen nach dem SGB V im Fokus stehen. Das Organisationsmodell sollte aber so ausgelegt sein, dass die Anschlussfähigkeit zum Leistungsspektrum der SGB XII/IX gegeben ist. Dementsprechend lautet die Zielvorgabe im Projektauftrag: **Etablierung einer gemeinsam von stationären, ambulanten und – perspektivisch - „komplementären“ Leistungserbringern getragene und mit einem übergreifenden Budget ausgestattete Versorgungs- und Steuerungsstruktur für eine definierte Zielgruppe von Patienten mit psychischen Erkrankungen.**

Diese Zielvorgaben wurden in der ersten Sitzung der Projektsteuerungsgruppe von allen Mitgliedern (Leistungsträgern Krankenkassen, Stadt Bremerhaven, Land Bremen, KBR) konsentiert und verabschiedet. Damit war von Anfang an für alle Projektbeteiligten klar, dass ein auf Bremerhaven zugeschnittenes Organisationsmodell entwickelt werden soll, das folgende Anforderungen erfüllt:

- Neben einer neuen fachlichen Orientierung der Versorgung (mobil, primär ambulant, partizipativ und Recovery-orientiert) wird das Leistungsgeschehen, das die ambulante Regelversorgung übersteigt übergreifend gesteuert und in einem Budget zusammengeführt.
- Dies gilt zunächst nur für Behandlungs-Leistungen, perspektivisch aber auch für Reha-Leistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe.
- Die Steuerungsfunktion ist möglichst unabhängig von Einzelinteressen auszugestalten bzw. es ist ein fairer Interessenausgleich zwischen den Anspruchsgruppen Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, Leistungserbringer, Leistungsträger, Land Bremen sowie der Stadt Bremerhaven als Trägerin der kommunalen Daseinsfürsorge herzustellen.

Mit dem Projektauftrag und mit der Zustimmung zu den konkreten Inhalten des Projekthandbuchs hatten sich somit alle Prozessbeteiligten darauf verständigt, dass es sich bei dem Organisationsmodell perspektivisch um ein übergreifendes Regional-Versorgungsbudget inklusive einer entsprechenden

Steuerungsstruktur handeln muss und dass die Lösung nicht in der Etablierung eines reinen Krankenhausbudgets nach bekanntem Muster liegen kann, auch wenn zu Beginn nur SGB V-Leistungen einbezogen werden. Vor diesem Hintergrund wurde in den FTG ein Organisationsmodell entwickelt, im Kernteam abgestimmt und abschließend in der Projektsteuerungsgruppe im Sinne einer Richtungsentscheidung zur Weiterverfolgung konsentiert (vergl. PSG vom 17.4.2015 und 3.7.2015). Bei der Konsentierung war allen Beteiligten bewusst, dass im Hinblick auf die Umsetzung dieses Modells noch zahlreiche Barrieren zu überwinden sein würden. Es wird an dieser Stelle ausdrücklich darauf verwiesen, dass die Geschäftsführung des KBR der weiteren Bearbeitung des vorliegenden Organisationsmodells im Kernteam am 8.5.2015 zustimmte, obwohl sie vorher einen Alternativvorschlag in das KT eingebracht hatte.

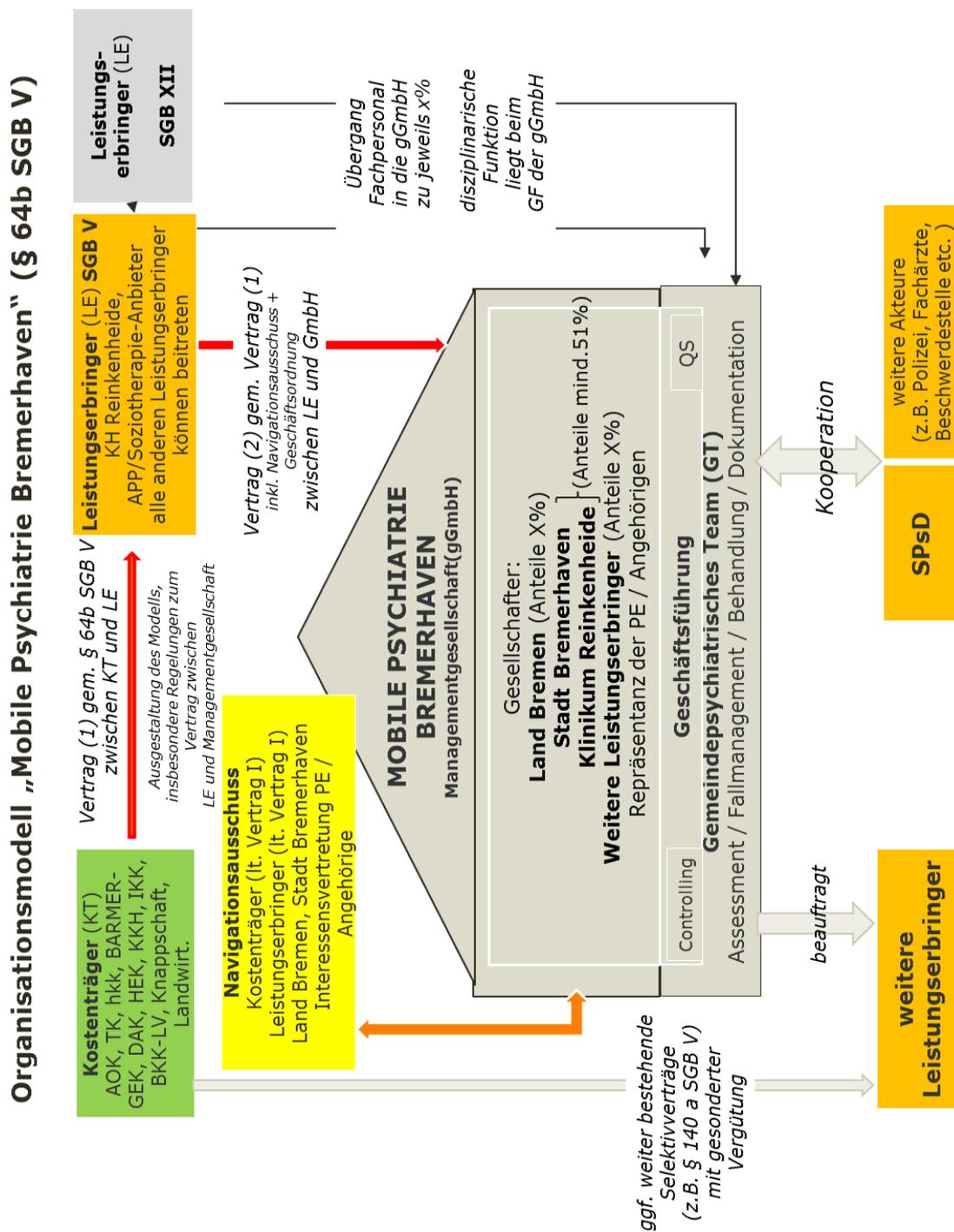
Abbildung 8 stellt das entwickelte Organisationsmodell, die wesentlichen Beteiligten und ihre (Vertrags-)Beziehungen in ihrer Komplexität dar. Es wurde im PSG als das handlungsleitende Modell vereinbart, wobei im Hinblick auf dessen Umsetzung noch offene Fragen (insbesondere rechtlicher Art) beantwortet werden müssen.

Als Grundlage für das Organisationsmodell „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ ist ein **Vertrag über ein Modellvorhaben in der Psychiatrie gemäß § 64b SGB V** zu schließen zwischen den aktuellen Leistungserbringern im SGB V (KBR, Anbieter APP/Soziotherapie und gegebenenfalls zukünftig weiteren SGB V-Anbietern) sowie den Krankenkassen (Entwurf eines Vertragsrahmens s. Anhang I).

Gegenüber einem Vertrag nach § 140 a SGB V bestehen u. a. folgende Vorteile:

- Versicherte müssen sich zur Teilnahme nicht einschreiben, d.h. die Vertragsbedingungen gelten für alle Versicherten gleichermaßen.
- Der Vertragsabschluss gilt für alle Mitgliedskassen eines Landesverbandes (wesentlich für BKK-System).
- Die Abrechnungsströme (Datenträgeraustausch) bleiben unverändert.
- Die Finanzierung einer Evaluation ist leichter umsetzbar, da eine bundesweite Regelung im Rahmen § 64 b SGB V existiert.

**Abbildung 8: Organisationsmodell "Mobile Psychiatrie Bremerhaven" (§ 64 b SGB V)**



In diesem Vertrag soll auch die Rechtsform der "Mobilen Psychiatrie Bremerhaven" als gemeinnützige GmbH, die Besetzung der entsprechenden Organe und die Ausgestaltung einer Geschäftsordnung mit folgenden Punkten geregelt werden:

- Regelungen zur Gründung einer Management-gGmbH mit den Gesellschaftern Leistungserbringer, Stadt Bremerhaven und Land Bremen.
- Definition der Aufgaben und Kompetenzen eines starken Beirates, dem „Navigationsausschuss“ mit Steuerungsfunktion.
- Die Regelungen sind so zu treffen, dass die Umsatzsteuerpflicht vermieden bzw. minimiert wird.
- Die Leistungserbringer, die Gesellschafter der Management-gGmbH sind, schließen mit dieser einen weiteren Vertrag. Dieser beinhaltet u. a. die im Rahmen der Projektarbeit erarbeiteten Regelungen zum Navigationsausschuss und dessen Geschäftsordnung.
- Bei einem Personalübergang von der KBR gGmbH auf die Management-gGmbH sind die Besitzstände der Mitarbeiter zu wahren. Dabei sind die geltenden Tarifverträge der entsendenden Organisationen maßgeblich.

Sollten weitere Selektivverträge zwischen Leistungserbringern in Bremerhaven und den Leistungsträgern bestehen, werden diese durch die o.g. Vertragswerke zunächst nicht berührt.

Die Regelungen im Einzelnen:

- **gGmbH/Geschäftsführung:**

Die Angebote der „Mobilen Psychiatrie Bremerhaven“ mit ihrem Kern der GT werden in einer neuen Gesellschaft gebündelt, die die Rechtsform einer gGmbH haben soll. Die Managementgesellschaft ist zuständig für die Leistungserbringung und die Steuerung aller psychiatrischen Angebote außerhalb der Regelversorgung. Gesellschafter der Managementgesellschaft sind Leistungserbringer aus dem SGB V (KBR, Anbieter der ambulanten Soziotherapie und APP), die Stadt Bremerhaven und das Land Bremen. Mit dieser Gesellschafterzusammensetzung wird die alleinige Entscheidungshoheit des KBR über die Ausgestaltung der klinisch-psychiatrischen Angebote eingeschränkt und weitere Entscheider werden direkt einbezogen. Allerdings soll die Klinikum Bremerhaven gGmbH gemeinsam mit ihrem alleinigen Gesellschafter Stadt Bremerhaven 51 % der Gesellschafteranteile halten, wobei die interne Verteilung hier noch offen geblieben ist. Bezogen auf den Auftrag der Daseinsfürsorge und im Hinblick auf die zukünftige Einbindung von SGB

XII-Leistungen in das Modell ist von zentraler Bedeutung, dass die Stadt Bremerhaven unabhängig vom KBR einen eigenen Gesellschafteranteil übernimmt.

Bezogen auf die Leistungserbringer wird empfohlen, dass die Gesellschafteranteile beim Projektstart nach aktuellem Marktanteil aufgeteilt werden. Das Land Bremen soll ebenfalls als Gesellschafter beteiligt sein – zunächst mit einem kleinen Gesellschafteranteil und bei der geplanten Ausweitung auf das SGB XII dann mit einem entsprechend größeren Gewicht. Zentrale Entscheidungen werden in der Gesellschafterversammlung getroffen. Die Geschäftsführung erhält über die Gesellschafterversammlung in Zusammenarbeit mit dem Navigationsausschuss (s. u.) Zielvorgaben. Sie arbeitet insbesondere in Fragen der Steuerung/des Controllings eng mit der fachlichen Leitung des GT zusammen. Da zu Beginn des Projektes der mit Abstand größte Teil der Aufgaben und der Reorganisation mit dem Krankenhaus (KBR) in Verbindung stünden, erscheint es schon aus pragmatischen Gründen, aber auch als vertrauensbildende Maßnahme sinnvoll, eine Geschäftsführung zu etablieren, die mit den Gegebenheiten des Krankenhauses vertraut ist und das Vertrauen der Mitarbeitenden hat. Dadurch wäre außerdem der erforderliche Betriebsübergang des Personals (s.u.) erleichtert, da der Betriebsrat und die betroffenen Mitarbeiter den Ansprechpartner im eigenen Haus hätten. Daraus folgt, dass zumindest in der Übergangs-/Startphase die Geschäftsführung mit einer Person des KBR besetzt wird, mit entsprechender Assistenz an ihrer Seite (Controlling, Qualitätssicherung).

Die Leitung des GT liegt beim Chefarzt der Psychiatrischen Abteilungen sowie der Pflegedienstleiterin der psychiatrischen Abteilungen des Krankenhauses (KBR). Sie stimmen sich eng mit der Geschäftsführung ab und stellen den möglichst reibungslosen Übergang der Aufgaben und Mitarbeitenden auf die „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ sowie die damit verbundene Reduzierung der Bettenkapazitäten sicher.

- **Mitarbeitende:**

Das für die Leistungserbringung erforderliche Personal geht entweder schrittweise, d.h. je nach Aufbaugeschwindigkeit des GT und seiner Angebote, oder alternativ gleich zu Beginn der Modellumsetzung vollständig vom KBR in die Managementgesellschaft über, die weiteren Leistungserbringer stellen dieser einen noch zu definierenden Anteil ihrer Mitarbeiter zur Verfügung. Beim Betriebsübergang sind die Besitzstände dieser Mitarbeitenden zu berücksichtigen. Neueinstellungen sollen nach dem gleichen Tarifwerk wie bisher beim Klinikum Bremerhaven erfol-

gen.

Zum Personal gibt es prinzipiell drei Möglichkeiten:

- 1) Übergang des Personals an die gGmbH mit vollständiger Besitzstandswahrung und Rückkehrrecht an das KBR.
- 2) Die Zurverfügungstellung des Personals in Form der Beistellung.
- 3) Die Gestellung des Personals durch die Leistungserbringer an die Gesellschaft.

Vorrangig sollte Variante 1 weiter verfolgt werden, da diese der praktikabelste Ansatz ist. Gegen Variante 2 spricht, dass damit die fachliche und disziplinarische Hoheit bei den Leistungserbringern verbleiben würde und ggf. damit neue Budgetaufteilungen (zwischen Managementgesellschaft und Leistungserbringern) gefunden werden müssten. Gegen Variante 3 spricht die erhebliche Verteuerung des Modells durch die anfallende Umsatzsteuer für Personalgestellung. Die Varianten 2 und 3 sollen nur dann Berücksichtigung finden, wenn Variante 1 nicht umsetzbar ist (z. B. wegen Einwänden des Betriebsrates, anderer rechtlicher Probleme oder mangelnder Zustimmung der Mitarbeitenden zum Betriebsübergang).

#### - **Navigationsausschuss:**

Zur Sicherstellung einer breiten Plattform zur weiteren Entwicklung der „Mobilen Psychiatrie Bremerhaven“ sowie einer Beteiligung unterschiedlicher Stakeholder wie Krankenkassen und Psychiatrieerfahrenen wird neben der Managementgesellschaft ein „starker“ Beirat als „Navigationsausschuss“ gebildet.

Er besteht aus vier Bänken: Leistungserbringer, Leistungsträger, öffentliche Hand und Interessenvertretung der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen. Jede Bank verfügt über eine Stimme.

Der Navigationsausschuss beobachtet und begleitet die Umsetzung des Projektes. Der Geschäftsführer der "Mobile Psychiatrie Bremerhaven gGmbH" wäre gegenüber dem Navigationsausschuss umfassend berichtspflichtig bezüglich modellrelevanter Fragen. Erste Muster für die Geschäftsordnung des Navigationsausschusses wurden im Projekt erarbeitet (s. Anhang I).

Der Ausschuss kann gegenüber der Managementgesellschaft Empfehlungen für die Gesellschafterversammlung abgeben, z.B. für Zielvereinbarungen zwischen Gesellschaftern und Geschäftsführung. Diese Ausschuss-Empfehlungen sollen einstimmig im Konsens erfolgen, um gegenüber der Gesellschafterversammlung ein gewisses Gewicht zu haben. Ein unmittelbarer Durchgriff der Leistungsträger auf die Managementgesellschaft und die Entwicklung des Modells ist damit nicht mög-

lich, ihr Einfluss deutlich reduziert. (Die Machbarkeitsstudie hatte an dieser Stelle empfohlen, dass die Kostenträger selbst Gesellschafter der Managementgesellschaft werden. Dies wurde aber im Rahmen einer krankenkasseninternen Prüfung aus rechtlichen und inhaltlichen Gründen verworfen, vor allem um Rollen- und Interessenkonflikte zu vermeiden).

- **Verträge:**

Das Gesamtkonstrukt der „Mobilen Psychiatrie Bremerhaven“ inklusive der Managementgesellschaft basiert auf zwei Verträgen: Vertrag I nach § 64 b SGB V wird zwischen (idealerweise) allen vertretenen Leistungsträgern und den SGB V-Leistungserbringern (Krankenhaus/KBR, Pflegedienst(e), Soziotherapie-Anbieter) geschlossen. Er regelt die Ausgestaltung des Modells und insbesondere die Inhalte von Vertrag II zwischen SGB V-Leistungserbringern und der Managementgesellschaft. Erste Muster für diese Verträge wurden im Projekt erarbeitet (s. Anhang I). Bei Erweiterung des Modells auf Leistungen nach dem SGB XII sind weitere Verträge nach dem Muster der Verträge I und II erforderlich, um die entsprechenden Leistungsanbieter und Leistungsträger einzubinden.

## **6 Beteiligungsformen für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige**

Die Interessensvertretung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen soll auf mehreren Ebenen erfolgen. Im Navigationsausschuss ist eine Bank für Vertreter von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen vorgesehen. Die Person des Interessensvertreters soll den breiten Diskurs und die transparente Kommunikation zur Entwicklung des Projekts mit den Nutzern und Angehörigentreten ermöglichen und ihre Positionen einbringen. Dabei sollen auch unterschiedliche Positionen zur Geltung kommen. Die Person des Interessensvertreters muss nicht selbst Psychiatrie-Erfahren sein. Es wurden unterschiedliche Modelle diskutiert, wie diese Person bestimmt wird. Eine abschließende Empfehlung wurde nicht erarbeitet.

- Eine Option ist, die Position des Interessensvertreters der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen auszuschreiben (ggf. in Zusammenarbeit mit der EXPA ("ExpertInnen Partnerschaft im Trialog")). Der ausgewählte Bewerber würde zunächst befristet mandatiert.

- Eine andere Option ist, die Funktion des Interessenvertreters dem Landesbehindertenbeauftragten zu übertragen oder diese Position dort anzubinden. Dieser nimmt bereits eine übergreifende und vernetzende Funktion der Interessenvertretung wahr. Sollte eine zusätzliche Stelle geschaffen werden, sollte diese mit einem Umfang von ca. 30 Stunden analog der Entlohnung für Genesungsbegleiter finanziert werden.

Die unterschiedlichen Ideen zur Regelung der Interessenvertretung von Psychiatrie-Erfahrenen spiegelt die kontroverse Diskussion in den Workshops mit diesen wider (s. unten). Es geht dabei letztlich um die Frage, ob eine nicht demokratisch legitimierte Person nur sich selbst mit ihren Erfahrungen vertreten oder Repräsentant der gesamten Gruppe sein kann.

Auch in der internen Qualitätssicherung werden die Betroffenen zu beteiligen sein. Darüber hinaus hat sich im Rahmen des Umsetzungsprojekts gezeigt, dass auch im weiteren Projektverlauf kontinuierlich Workshops zur Ermittlung der Perspektiven von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen durchgeführt und gefördert werden sollten. Zur Unterstützung dieser Empfehlung sind die Dokumentationen der Workshops vom 14.10.2014 und 14.04.2015 mit Betroffenen, Angehörigen, Krankenkassenvertretern (AOK Bremen/Bremerhaven, TK) und Mitgliedern des Projektteams im Anhang II und III wiedergegeben.

Der erste Workshop zielte darauf ab, die bisher erarbeiteten Überlegungen zur Arbeitsweise und Angebotsstruktur des GT vor- und zur Diskussion zu stellen und die Rückmeldungen und Vorschläge der Teilnehmenden dazu einzuholen. Im zweiten Workshop wurden die bereits konkreter ausgearbeiteten psychiatrischen Angebote des GT dargestellt und anschließend durch Diskussionen in fünf Themenecken auf ihre Praktikabilität hin überprüft. Darüber hinaus wurde im Plenum über die Möglichkeiten einer konkreten Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen in entscheidungsrelevanten Gremien des Modellprojektes diskutiert. Die Ergebnisse beider Workshops wurden protokolliert, ausgewertet und sind in die Arbeit der Projektteams eingeflossen.

Wesentliche **Ergebnisse** waren der Wunsch der Betroffenen und Angehörigen nach:

- einer **umfassenden Erreichbarkeit** des GT - auch für Angehörige,
- **individueller Beratung** zu geeigneten Hilfen,
- der Erstellung von **individuellen Krisenplänen**,
- einer individuellen Begleitung durch eine **kontinuierliche Bezugsperson**,
- einem offen geführter **Dialog „auf Augenhöhe“** und
- **Entscheidungsfreiheit** über Behandlungs- und Unterstützungsalternativen. Dabei wurde Freiwilligkeit durchgängig als notwendige Voraussetzung für eine Akutbehandlung im häuslichen Umfeld angesehen.

Kontrovers war die Einschätzung, ob und wie eine nachhaltige Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen in Entscheidungsgremien des Modellprojektes praktisch umgesetzt werden könnte (s. oben).

## **7 Rechtsfragen**

Da das Organisationsmodell der „Mobilen Psychiatrie Bremerhaven“ (s. Kapitel 5) relativ spät im Projektverlauf erarbeitet wurde, konnte die Fachgruppe Recht erst ab diesem Zeitpunkt mit der Bearbeitung damit zusammenhängender rechtlicher Fragen beginnen. Die Fachgruppe tagte insgesamt zehnmal und hat Vertragsentwürfe für das Organisationsmodell mit Eckpunkten sowie den Entwurf für die Geschäftsordnung des Navigationsausschusses erarbeitet (s. Anhang I). Andere Rechtsfragen konnten einer Bearbeitung zugeführt oder andiskutiert werden.

### **7.1 Übergang von Aufgaben und Mitarbeitenden vom Klinikum Bremerhaven Reinkenheide (KBR) auf die Managementgesellschaft**

Unter der Voraussetzung, dass zunächst Teile und mittelfristig gegebenenfalls das gesamte, auch stationäre Leistungsspektrum der psychiatrischen Regelversorgung auf eine neue Rechtsform, die Managementgesellschaft „Mobile Psychiatrie Bremerhaven gGmbH“ übergeht und das KBR nicht Mehrheitsgesellschafter der Managementgesellschaft ist, wurden folgende zu klärende Rechtsfragen identifiziert:

- **Erhalt des Anspruches auf Investitionsförderung:**  
 Zu dieser Thematik konnte innerhalb der Senatsverwaltung geklärt werden, dass der Anspruch auf Investitionsförderung fortbesteht, solange in den Räumlichkeiten der heutigen psychiatrischen Stationen weiterhin Behandlung stattfindet. Die Förderung für den Neubau wird damit ebenfalls aufrechterhalten. Dabei ist es unerheblich, ob es sich hierbei um stationäre Angebote oder alternative Behandlungsangebote im Rahmen des Modells handelt. Es konnte jedoch in der Projektlaufzeit nicht erreicht werden, dass die Senatsverwaltung des Landes Bremen diese mündliche Aussage auch schriftlich bestätigt. Allerdings werden in der Obersten Landesgesundheitsbehörde derzeit die Rechtsgrundlagen für die Investitionsförderung im Land Bremen überarbeitet. Dabei wird angestrebt, die Teilnahme an einem Modellvorhaben für Krankenhäuser in der Weise zu ermöglichen, dass sich daraus keine nachteiligen Folgen für die Investitionsförderung ergeben.
- **Versorgungsauftrag:**  
 Diesbezüglich ist der verwaltungsinterne Abstimmungsprozess im Land Bremen noch nicht abgeschlossen, eine schriftliche Aussage liegt nicht vor. Nach ersten Vorklärunen ist jedoch davon auszugehen, dass der Versorgungsauftrag im Laufe der Projektlaufzeit - in Abhängigkeit vom Umfang der Übernahme der Versorgungsleistungen durch die Managementgesellschaft - auf diese übergehen muss. Aus juristischer Sicht ist offen, ob der Versorgungsauftrag beim Klinikum verbleiben und vertraglich an die Managementgesellschaft permanent delegiert werden kann.
- **Steuerrechtliche Wirkung beim Dienstleistungsbezug:**  
 Das aktuelle Modell der „Mobilen Psychiatrie Bremerhaven“ sieht einen (Dienst-)Leistungsbezug zwischen KBR und Managementgesellschaft vor, z. B. bei der Überlassung von Räumlichkeiten, bei der Speisenversorgung, der Gebäudereinigung oder der Labordiagnostik sowie im Bereich von Verwaltungsleistungen. Hier ist zu klären, ob der Leistungsbezug eine Umsatzsteuerpflicht bedingt und ggf. die Gemeinnützigkeit der KBR gGmbH gefährdet. Es handelt sich hierbei um eine Fragestellung, die das KBR mit seinen Wirtschaftsprüfern klären und ausgestalten muss.
- **Mitarbeitende in der Managementgesellschaft:**  
 Das Organisationsmodell impliziert, dass nur wenig zusätzlicher Personalaufwand entsteht und praktisch alle Mitarbeitenden aus dem bisherigen Pool der SGB V-Anbieter, insbesondere aus dem KBR, kommen werden. Um das Budget der Managementgesellschaft nicht durch Umsatzsteuer zu belasten, müssen die Mitarbeitenden im Rahmen eines Betriebsübergangs nach § 613 a BGB direkt bei dieser angestellt wer-

den. Da jeder Mitarbeiter dem Übergang individuell zustimmen muss, müssen die Mitarbeitenden für diesen Übergang gewonnen werden. Positiv wirkende und Mitarbeitende wie Betriebsrat überzeugende Bedingungen könnten sein: Job-Enrichment in Form der Mitarbeit an einem innovativen Modellprojekt, die Übernahme der Regelungen des TVÖD durch die Managementgesellschaft, der Erhalt des tariflichen Status (Eingruppierung etc.) und ggf. ein Rückkehrrecht zum KBR bei Mitarbeitenden mit langer Betriebszugehörigkeit.

## **7.2 Kodierung nach dem neuen Pauschalisierten Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)**

Laut Einschätzung von Herrn Dr. Wessel (Leiter Medizinisches Controlling des KBR) sind folgende Leistungskomplexe der geplanten Angebotspalette der „Mobilen Psychiatrie Bremerhaven“ **nicht** im Rahmen des aktuellen PEPP-Kataloges kodierbar: das Tagesangebot, der Krisendienst und die gesamte ambulante Unterstützung und Behandlung, also die Arbeit des GT im engeren Sinn. Eine Möglichkeit der Kodierung wird lediglich für die Leistungen gesehen, die einer (teil)stationären Behandlung entsprechen; dies wird jedoch mit einem zusätzlichen Kodierungs-Aufwand verbunden sein. Inwieweit im Rahmen des PEPP-Systems zusätzliche Kodierungen für Modellprojekte nach § 64 b SGB V, insbesondere für ambulante Leistungen, entwickelt werden, ist aktuell nicht absehbar.

Der Umgang mit den bisherigen Datenlieferungen an das INEK und das Land Bremen wurde in diesem Zusammenhang ebenfalls diskutiert. Die Klärung dazu soll zwischen dem INEK und dem Land erfolgen.

## **7.3 Rückführung des Modells nach § 64 b in die Regelversorgung**

Die bisher diskutierten Rahmenregelungen sind aus Sicht der FTG Recht zu allgemein gefasst. Sie müssen im Falle der Projektumsetzung neu formuliert werden und sollen an dieser Stelle nicht weiter dargestellt werden.

## **7.4 Betriebshaftpflicht**

Im Rahmen der Klärung von Versicherungsfragen wurde die aktuelle Betriebshaftpflicht des KBR thematisiert. Es besteht die Auffassung, dass eine neue gGmbH eine eigene Betriebshaftpflichtversicherung erforderlich macht. Deren konkrete Ausgestaltung sollte mit dem aktuellen Versicherer des KBR oder einem neutralen Versicherungsmakler verhandelt werden.

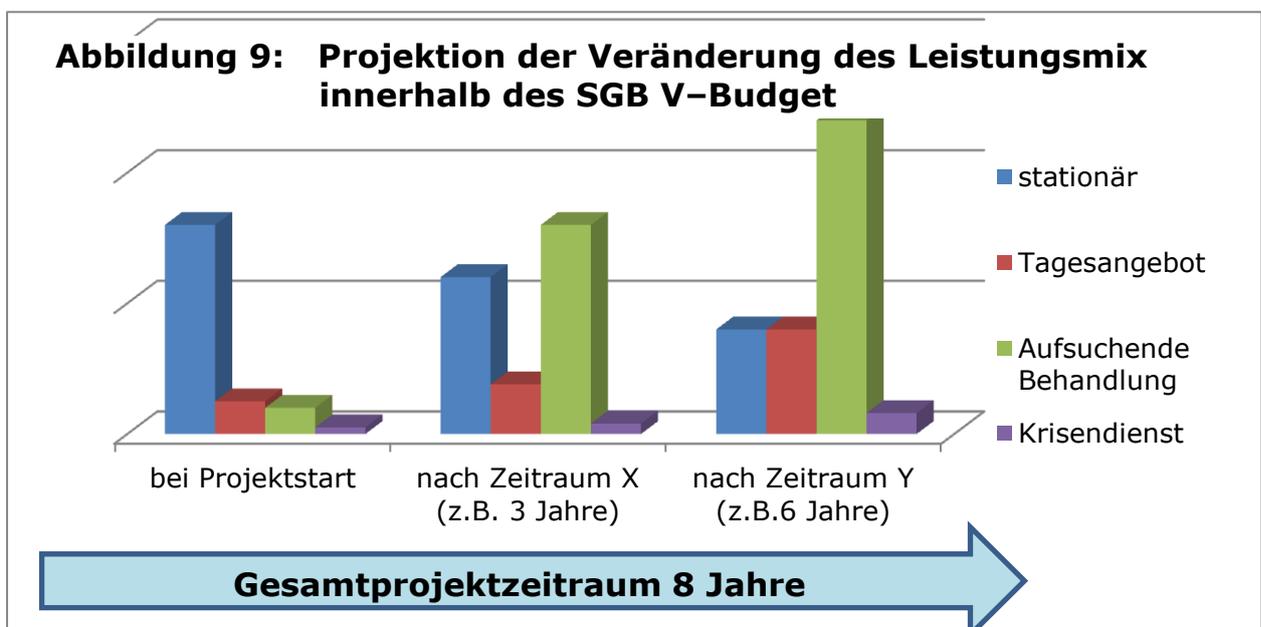
## 8 Budget

### 8.1 Zielstellung

Im Rahmen des Modells „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ soll das Budget-Modell den Wandel von der heutigen eher Klinik-zentrierten Angebotsstruktur hin zu einer personenorientierten ambulanten und mobilen Angebotsstruktur unterstützen.

Das Vergütungs-Modell soll sich unter dem schützenden Dach eines festen Budgets über mehrere Stufen mit zunehmendem Einzelfallbezug bis hin zum „Echtlauf“ entwickeln: Zunächst sollen die prospektiv zeitbasierten Vergütungsstufen in einer Erprobungsphase (2 Jahre) getestet und angepasst, daraufhin in der Übergangsphase konkret evaluiert (3 Jahre), um anschließend 3 Jahre im „Echtlauf“ angewendet zu werden.

Abbildung 9 zeigt schematisch die in den Diskussionen der FTG als realistisch angenommene Projektion der Veränderung des aktuell stationär dominierten Leistungsmix hin zu einem überwiegend auf ambulanter und mobiler Behandlung basierendem Leistungsmix über die 8 Jahre der Modellphase. Der stationär erbrachte Leistungsanteil würde sich danach bis Ende des Modellprojekts mindestens halbieren. Diese Projektion ist nicht als fixe Setzung zu verstehen, sondern ist abhängig von der Entwicklung der Behandlungsbedarfe sowie von Art und Umfang der Umsetzung einer primär ambulanten Versorgungsstruktur.



## 8.2 Anforderungen an das Budget und Preisbildung

Das Budgetmodell für die „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ muss verschiedene Anforderungen erfüllen:

- Budget-Anteile und Budget-Höhe sind zu bestimmen: Welche Ist-Kosten gehen in welchem Umfang in das Budget über?
- Es muss eine Lösung für die Rückführung des Budgets in den Ausgangszustand vor Beginn der Modelllaufzeit gefunden werden. Dies für den Fall, dass das Modell am Ende der Modelllaufzeit nicht fortgesetzt wird oder dass es zum Ende keine Einigung zwischen Leistungsanbietern und Leistungsträgern über eine finanziell auskömmliche Überführung des Modells in eine Regelfinanzierung gibt (s. Abschnitt 7.3).
- Die Überleitung des bestehenden Anspruchs des KBR auf Investitionsförderung im Bereich Psychiatrie muss in die Modellsystematik eingebunden und verbindlich geregelt werden (s. Abschnitt 7.1). Denn das Organisationsmodell sieht sowohl den Übergang der Versorgungsleistungen in eine neue Gesellschaft als auch eine Verringerung der stationären Kapazitäten durch einen veränderten Leistungsmix vor.
- Innerhalb des Budgets gilt es eine neue Vergütungssystematik zu finden, die die fachliche Entwicklung des Modells unterstützt. Die Machbarkeitsstudie hat hier prospektive Vergütungspauschalen empfohlen (s. a. Abschnitt 4.6.2.).
- Es ist festzustellen, ob die budgetneutrale Umstellung auf Basis der Ist-Kosten für die Umsetzung des Modells auskömmlich ist, oder ob vorübergehend oder dauerhaft zusätzliche Budgetbestandteile zu berücksichtigen sind, z. B. für den Organisations- und Personalentwicklungsaufwand in der Transferphase.

Das Budget setzt sich grundsätzlich zusammen aus:

- Dem Budget des Krankenhauses für stationäre und teilstationäre psychiatrische Leistungen.
- Einer Erlössumme für die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V.
- Ggf. noch nicht genau zu beziffernden Erlösen aus APP, Soziotherapie und Ergotherapie.
- Definierten Transferkosten.
- Definierten Overheadkosten.

In den ersten beiden Jahren der Modelllaufzeit gibt es eine Budgetgarantie für die teilnehmenden Leistungserbringer. Anschließend erfolgt auf dem Verhand-

lungswege eine (jährliche) Anpassung der jeweiligen Budgetanteile, die sich am konkreten, in der Modellversorgung realisierten Leistungsvolumen des einzelnen Leistungserbringers orientiert.

Als Faktoren, die in die Budgetanpassung eingehen sollten, wurden durch die Fachgruppe einvernehmlich erarbeitet:

- Erhöhung oder Verringerung der Versicherten- bzw. Bevölkerungszahl in Höhe von mindestens 5 % p.a.
- Strukturelle Änderungen des Versorgungsmodells durch Hinzukommen oder Ausscheiden von Leistungserbringern.
- Die Preisentwicklung nach § 71 Abs. 3 SGB V (definierte bundeseinheitliche Veränderungsrate).
- Budgetrelevante Erweiterungen oder Reduzierungen des Leistungsspektrums.
- Monitoring weiterer Indikatoren (insbesondere Fallzahlen nach den Vergütungsgruppen 1 bis 5, Diagnosen und Prozeduren nach dem PEPP-Katalog sowie ergänzend Personaleinsatzstunden nach Profession und Einsatzgebiet).
- Die im Rahmen der Machbarkeitsstudie empfohlene Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren bei der Budgetfindung sollte erst bei eingeschwungenem Zustand des Modells umgesetzt werden.

In Abbildung 10 sind die Entwicklung des Budgets über die Jahre einschließlich der Überleitung des IST-Budgets in das Budget der Managementgesellschaft sowie die möglichen Entwicklungsschritte für die Folgejahre schematisch dargestellt.

In Abbildung 11 ist die 4-stufig aufgebaute Preisbildung dargestellt. Im ersten Schritt wurde die Anzahl der Patienten prospektiv geschätzt. Bezogen auf den teilstationären Bereich und die Psychiatrische Institutsambulanz stellen die Prozentangaben zur Wiederaufnahmequote lediglich Schätzwerte dar, da eine genaue Erhebung sehr aufwändig gewesen wäre. Im zweiten Schritt erfolgte die Ermittlung des zur Verfügung stehenden finanziellen Volumens. Das Krankenhausbudget stellt einen relativ exakten Näherungswert dar, die Angaben zu Institutsambulanz, APP und Soziotherapie müssen in Zusammenarbeit mit den anderen Krankenkassen, dem KBR und den Anbietern von APP und Soziotherapie genauer ermittelt werden.

Die Transfer- und Overheadkosten umfassen die derzeit bezifferbaren Kosten sowie Einsparungen bei der bisherigen Verwaltung. Die Patientenverteilung in

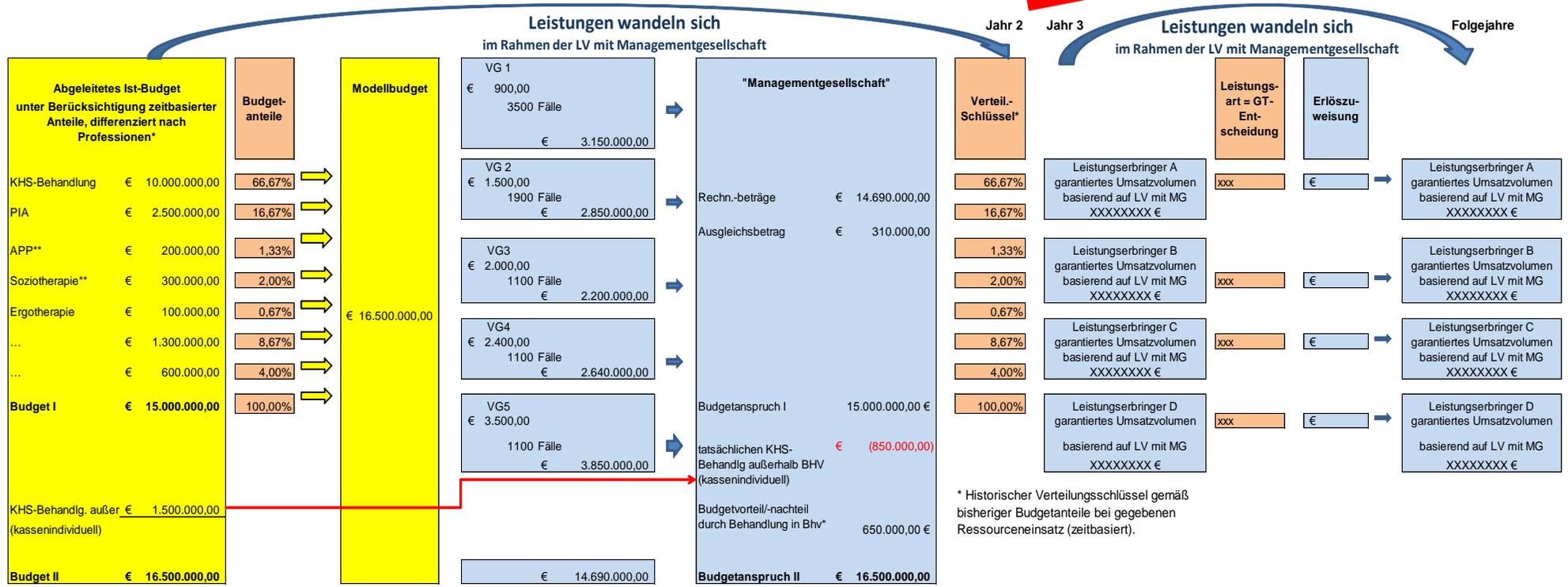
den fünf für das Modell definierten Vergütungsgruppen (s. Abschnitt 4.6.2) wurde im dritten Schritt durch die Mitarbeiter des KBR per Stichtagserhebung exemplarisch ermittelt und hochrechnet.

Während Abbildung 11 noch einen schematischen Ansatz zeigt, liefert Abbildung 12 eine realistischere Einschätzung **nach** probeweisiger Einstufung einer Gruppe aktuell im Klinikum behandelter Patienten und Hochrechnung auf die Gesamtaufnahmen. Auf diese Weise konnte abschließend die Höhe der einzelnen Vergütungsstufen anhand prospektiv ermittelter Relativgewichte festgelegt werden. Im Falle einer Projektumsetzung müssen in einem weiteren Verfahrensschritt diese eher vorläufigen Gewichtungen validiert und an den realen Zeitaufwand und die realen Mengen angepasst werden. Da es sich um ein schematisches Modell mit grober Annäherung an die IST-Daten handelt, wird es hier nicht vertiefend interpretiert. Es dient in diesem Zusammenhang lediglich dazu, das zukünftige Berechnungsverfahren nicht nur nachvollziehbar zu machen, sondern auch vor einer Umsetzungsentscheidung an diesem wichtigen Punkt Transparenz zu schaffen.

# Abbildung 10: Budgetmodell psychiatrische Versorgung Bremerhaven

Abgestimmtes Schema für Budgetmodell psychiatrische Versorgung Bremerhaven

**Schematische Darstellung**



\* Professionen ist noch zu konkretisieren.

\*\* Anteil der Patienten, die zusätzlich KHS- oder PIA-Behandlung in Anspruch genommen haben

Einheitliche Pauschalen für alle Kostenträger

Fallzahlen werden prognostiziert, Anpassung für Folgeperiode, Preise wirken als Abschlagzahlung, können bei Bedarf angepasst werden

Differenzierung in 5 Vergütungs-gruppen, definiert nach ökonomischen Aufwand

\*Risikobegrenzung durch Bonus-/Malusrorridore

\* Historischer Verteilungsschlüssel gemäß bisheriger Budgetanteile bei gegebenen Ressourceneinsatz (zeitbasiert).

LV = Leistungsvereinbarung  
MG = Managementgesellschaft

## Abbildung 11: Preisbildung für das Vergütungsmodell Bremerhaven

### Preisbildung für das Vergütungsmodell Bremerhaven

Prospektiv geschätzte Anzahl Patienten (stat. Krankenhausfälle abzügl Wiederaufn.)

|                      | vollstationär | nur teilstationär | nur PIA | Summe |
|----------------------|---------------|-------------------|---------|-------|
| Anzahl Fälle         | 2.350         | 400               | 1430    |       |
| Wiederaufnahmeroute* | 56,86%        | 78,00%            | 25,00%  |       |
| Anzahl Modellnutzer  | 1.338         | 312               | 358     | 2.008 |

\*innerhalb eines Jahres, für teilstat/PIA noch präzise zu ermitteln

#### Höhe des Modellbudgets (Soweit die Zahlen derzeit bezifferbar sind)

|                      |               |  |
|----------------------|---------------|--|
| Krankenhausbudget    | 10.000.000,00 | präzise Schätzung  |
| PIA                  | 390.000,00    | eher unpräzise Schätzung   |
| APP                  | 600.000,00    | eher unpräzise Schätzung   |
| Soziotherapie        | 100.000,00    | eher unpräzise Schätzung   |
| ...                  |               |  |
| ...                  |               |  |
| = Behandlungsbudget  | 11.090.000,00 |  |
|                      |               |  |
| + zusätzliche Kosten | 3.000,00      | soweit zum jetzigen Zeitpunkt bezifferbar                        |
| - Einsparungen       |               | soweit zum jetzigen Zeitpunkt bezifferbar                        |
| Transferkosten       | 3.000,00      | Modellzahlen. Tatsächlich ergeben sich die Zahlen durch Addition |
|                      |               |  |
| + zusätzliche Kosten | 224.000,00    | soweit zum jetzigen Zeitpunkt bezifferbar                        |
| - Einsparungen       |               | soweit zum jetzigen Zeitpunkt bezifferbar                        |
| Overhead-Kosten      | 224.000,00    | Modellzahlen. Tatsächlich ergeben sich die Zahlen durch Addition |
|                      |               |  |
| Modellbudget         | 11.317.000,00 | jährliche Anpassung durch Fortschreibung/Verhandlung             |

#### Vergütungspauschalen

| Kosten je Teilnehmer | Durchschnittliche Jahrespauschale |       |              |                  |               |                   |
|----------------------|-----------------------------------|-------|--------------|------------------|---------------|-------------------|
|                      | Verg.-Höhe                        | RG    | Verteilung** | Anzahl Patienten | Erlöse        | Quartalspauschale |
| VG I                 | 1.400,00                          | 0,165 | 29,4%        | 589              | 824.365,21    | 350,00            |
| VG II                | 5.500,00                          | 0,649 | 24,8%        | 497              | 1.820.432,89  | 1.375,00          |
| VG III               | 10.000,00                         | 1,181 | 30,3%        | 607              | 4.045.406,42  | 2.500,00          |
| VG IV                | 21.000,00                         | 2,479 | 12,8%        | 258              | 3.804.089,38  | 5.250,00          |
| VG V                 | 37.000,00                         | 4,369 | 2,8%         | 55               | 1.360.727,61  | 9.250,00          |
|                      |                                   |       | 100,0%       | 2.006            | 11.655.021,50 |                   |

(ausgleichsfähig)

\*\* Verteilung analog Stichprobe Dr. Eikmeier

#### Achtung:

Die Höhe der einzelnen Vergütungsstufen stellt insbesondere in der Startphase einen Abschlag auf das Budget dar. Die Beträge können und sollen an die im laufenden Prozess gewonnen Erkenntnisse angepasst werden

## Abbildung 12: Bildung prospektiver Vergütungsgruppen

Schematische Darstellung

|               | Stufe                                 | Vergütungs-Höhe/Jahr | Verteilung    | Anzahl Patienten | Quartals-pauschale |
|---------------|---------------------------------------|----------------------|---------------|------------------|--------------------|
| <b>VG III</b> | Mäßiger Behandlungsaufwand            | 1.100,00             | 29,4%         | 589              | 275                |
| <b>VG IV</b>  | Durchschnittlicher Behandlungsaufwand | 3.700,00             | 24,8%         | 497              | 925                |
| <b>VG V</b>   | Hoher Behandlungsaufwand              | 5.800,00             | 30,3%         | 607              | 1.450              |
| <b>VG VI</b>  | Sehr hoher Behandlungsaufwand         | 15.000,00            | 12,8%         | 258              | 3.750              |
| <b>VG VII</b> | Extrem hoher Behandlungsaufwand       | 28.000,00            | 2,8%          | 55               | 7.000              |
|               |                                       |                      | <b>100,0%</b> | <b>2.006</b>     |                    |

(In Tabelle 12 erfolgt eine Abschätzung auf der Basis probehalber ermittelter Behandlungsaufwendungen und grob hochgerechnet auf ein Kalenderjahr; die Aufwandsstufen I und II werden in der ambulanten Regelversorgung behandelt!)

Die für die Überführung der IST-Kosten in das künftige SOLL-Budget relevanten Overhead- und Transferkosten wurden detailliert bearbeitet und abgeschätzt. Abbildung 13 stellt die zu erwartenden Transfer- und Overheadkosten dar. Deren exakte Quantifizierung ist derzeit jedoch nur für einzelne Positionen möglich. Präziser kann diese erst bei der konkreten Budgetfestlegung erfolgen. Aktuell konnten € 224.000 verifiziert werden, die entweder dauerhaft zusätzlich entstehen oder nur einmalig anfallen, wie z. B. die Gründungskosten der gGmbH oder die Anschaffung von Hardware und Mobiliar. Andere Aufwendungen, wie z. B. für die notwendigen Schulungen, Qualifizierungen und Weiterbildungen der Mitarbeitenden, konnten noch nicht präzise ermittelt werden.

Besonders schwierig gestaltete sich aktuell die Gegenrechnung, d.h. an welchen Stellen und in welchem Umfang das Modellprojekt zu Einsparungen führen wird und damit zusätzlicher Aufwand kompensiert werden kann. Konkrete Werte hierzu wurden nicht ermittelt.

Grundsätzlich gehen die am Umsetzungsprojekt Beteiligten jedoch davon aus, dass die primär ambulant basierte Versorgung mittelfristig zumindest zu Kostendämpfungen führen wird.

## Abbildung 13 : Von den Ist-Kosten zum Soll-Budget

| Prozess von Ist-Kosten zum Soll-Budget                                 |  |   |                 |                 |          |           |
|--|--|---|-----------------|-----------------|----------|-----------|
| Ist-Kosten   |  |   |                 |                 |          |           |
| +  |  |   |                 |                 |          |           |
| Kostenart  | Höhe                                     | Bemerkungen   | Overhead-kosten | Transfer-Kosten | einmalig | dauerhaft |
| Gründungskosten Management-GmbH  | 3.000 €                                  |   |                 | x               | x        |           |
| Fortbildung/Qualifizierung   | noch nicht bezifferbar                   | Es handelt sich um unterschiedliche Grund- und Weiterqualifizierungsmaßnahmen, soweit nicht im Krankenhaus-Budget bereits enthalten   |                 | x               | x        |           |
| Kosten Fuhrpark (Leasingrate)  | 14.400 € p.a.                            | Start zunächst mit einem Minimum an Fahrzeugen geplant. Eventuelle Spitzenbelastungen können durch Nutzung von Privat-PKW gegen Kostenerstattung abgefangen werden. Kosten je Fahrzeug (Leasingrate) ca. 300 €/Monat. Benötigte Anzahl: 4 Fahrzeuge.            | x               |                 |          | x         |
| Fuhrpark - verbrauchsabhängig (Parkgenehmigung, Kraftstoff) /Mobilität | 4.600 € p.a.                             | In Bremerhaven können für 80 € je Monat und Fahrzeug Genehmigungen zum Parken auf bestimmten Flächen erworben werden. Tanken: 800 €/Monat   | x               |                 |          | x         |
| Mietkosten   | 100.000 € p.a.                           | Diese Kosten entstehen jährlich für die Anmietung der Räumlichkeiten im ZsG. Sollten die räumlichen Kapazitäten perspektivisch nicht ausreichen, ergäbe sich ein Mehrbedarf.  | x               |                 |          | x         |
| Personalkosten Geschäftsführung/Controlling                            | 100.000 € p.a.                           | Geschäftsführung + Assistenz: Umfasst jeweils keine volle Stelle. Die genauen Aufgaben und Bedarfe müssen noch definiert werden. Kosten in der definierten Höhe sind im Krankenhausbudget enthalten. Ggf. ergeben sich bei erhöhter Aufgabenstellung Mehrkosten | x               |                 |          | x         |
| Dokumentation  | noch nicht bezifferbar                   | PEPP-Dokumentation für die stationären/teilstationären Angebote, soweit nicht im Krankenhausbudget bereits enthalten  | x               |                 |          |           |
| Technische Ausstattung GT  | noch nicht bezifferbar                   | Betriebs- und Geschäftsausstattung, Computer, Telefon: weitgehende Nutzung der bestehenden Infrastruktur  | x               |                 | x        | x         |
| Jahresabschlusskosten  | 4.000 - 6.000 € p.a.                     |   | x               |                 |          | x         |
| Haftpflichtversicherung Management-Gesellschaft                        | noch nicht bezifferbar                   |   | x               |                 |          | x         |
| Evaluationskosten  | noch nicht bezifferbar                   |   | x               |                 | x        |           |
| Interessensvertreter/in PE/Angeh                                       | noch nicht bezifferbar                   | Kosten im Rahmen einer Genesungsbegleiterstelle bis zu 30 Wochenstunden sowie Ressourcen für Workshops  | x               |                 |          | x         |
| <b>Summe</b>   | <b>224.400 € p.a.</b>                    | Schätzung, Anpassung durch die z.Z. nicht bezifferbaren Positionen erforderlich   |                 |                 |          |           |
| <b>Sich ggf. ergebende Einsparungseffekte sind zu berücksichtigen!</b> |  | <b>-</b>  |                 |                 |          |           |
| Einsparungen / Kompensationen  | Höhe                                     | Bemerkungen   | Overhead-kosten | Transfer-Kosten | einmalig | dauerhaft |
| Verwaltungskosten  | Entlastungseffekt z.Z. nicht bezifferbar | Entlastung um den Anteil, der künftig im Modell berechnet wird  | x               |                 |          | x         |
| Raumkosten   | Entlastungseffekt z.Z. nicht bezifferbar | Entlastung um den Anteil, der künftig im Modell berechnet wird  | x               |                 |          | x         |
| Haftpflichtversicherung  | Entlastungseffekt z.Z. nicht bezifferbar | Entlastung um den Anteil, der künftig im Modell berechnet wird  | x               |                 |          | x         |
| Entfall Bereitschaftsdienste   | Entlastungseffekt z.Z. nicht bezifferbar | Entlastung um den Anteil, der künftig im Modell berechnet wird  | x               |                 |          | x         |
| Arzneimittel   | Entlastungseffekt z.Z. nicht bezifferbar | Reduzierung des Arzneimittelanteils des Krankenhausbudgets um die Medikamente, die künftig nicht mehr über die Krankenhausapotheke, sondern über Offizinapotheken bezogen werden müssen (bei aufsuchender Behandlung)   | x               |                 |          | x         |
| <b>Summe</b>   | <b>? € p.a.</b>                          | Schätzung, Anpassung durch die z.Z. nicht bezifferbaren Positionen erforderlich   |                 |                 |          |           |
| =  |  |   |                 |                 |          |           |
| Soll-Budget  |  |   |                 |                 |          |           |

## 9 Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Regionen

Nach Einschätzung des ISP M-V muss die Übertragbarkeit der erzielten Projektergebnisse auf andere Regionen des Landes Bremen und darüber hinaus differenziert betrachtet werden:

- Auch im Nachgang zum Umsetzungsprojekt „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ bleibt festzuhalten, dass ohne detaillierte Umsetzungsplanung nach Möglichkeit nicht in ein § 64 b Modell „hineingestolpert“ werden sollte. Die breite Beteiligungsstruktur des Projektes Umsetzungsplanung hat sich bewährt und ist auf andere Regionen übertragbar.

Der Projektverlauf hat allerdings gezeigt, dass es besser gewesen wäre, zu Projektbeginn einen verbindlichen Kontrakt mit allen Beteiligten einschließlich eines belastbaren Commitments zu den Projektzielen herbeizuführen. Die üblichen Instrumente des Projektmanagements erwiesen sich hier als nicht ausreichend.

- Bewährt hat sich die Ausrichtung der Angebotsentwicklung an einem funktional ausgerichteten, evidenzbasierten, publizierten und in der Fachöffentlichkeit diskutierten Basismodell der psychiatrischen Versorgung sowie die Adaptierung der dort beschriebenen Funktionen mit direktem Bezug zur Region Bremerhaven. Das Basismodell ist somit auch auf andere Regionen anwendbar und muss dort wiederum auf die spezifischen Gegebenheiten hin angepasst werden.
- Übertragbar und unbedingt empfehlenswert sind auch die Einbindung von Psychiatrie-Erfahrenen in den FTG und im Kernteam sowie die breite Diskussion der erarbeiteten Zwischenergebnisse in mehreren Workshops mit Psychiatrie-Erfahrenen. Dieses Vorgehen ist ein wichtiger Beitrag zur Absicherung der Akzeptanz des entwickelten Versorgungsmodells bei (potenziellen) Nutzern.
- Das entwickelte Organisationsmodell ist nur eingeschränkt auf andere Regionen übertragbar. Zum einen basiert es auf der für Bremerhaven spezifischen Trägerstruktur (Krankenhaussträger ist die öffentliche Hand). Zum anderen enthält es in seinen Beteiligungsstrukturen und Steuerungsmechanismen Kompromisse sowohl in Richtung des Krankenhaussträgers als auch der Leistungsträger (SGB V und SGB XII), die z. T. spezifisch für Bremerhaven sind.

Die intendierte (Neu-)Verteilung von Macht und Entscheidungskompetenzen auf mehrere Akteure durch die Einführung einer Managementgesellschaft, an der das bisherige Versorgungskrankenhaus nach der Strukturveränderung lediglich eine Minderheitsbeteiligung hält, ist in dieser Form in einer öffentlich-rechtlichen Struktur mög-

lich, unter anderen Bedingungen vermutlich kaum zu realisieren. Denn die Gesellschafterin des Krankenhauses, die Stadt Bremerhaven, hält mit ihrem Krankenhaus am Ende wieder 51 % der Gesellschafteranteile. Sie kann mit ihren Anteilen ihre Interessen bezogen auf die Daseinsvorsorge und SGB XII-Leistungen direkt einbringen und nicht nur vermittelt über ihr Krankenhaus. Der gleiche Vorbehalt einer direkten Übertragbarkeit in eine andere regionale Konstellation gilt sicherlich für die hier vorgeschlagene Form der Beteiligung der Leistungsträger und Nutzer in einem starken Beirat, dem Navigationsausschuss.

Wichtig war, dass in die Arbeit der FTG Vertreter aus SGB XII-Einrichtungen und Vertreter aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst sowie niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten einbezogen wurden. So konnten einige der (Sozialgesetzbuch) übergreifenden Schnittstellen bearbeitet werden, andere eher nicht:

- Die Schnittstelle zum SGB V-Regelversorgungssystem konnte gemeinsam mit den Fachärzten und den Psychotherapeuten ausreichend bearbeitet werden (s. Abschnitte 4.2 u. 4.4).
- Die Frage, wie genau und ab wann die sozialpsychiatrischen Versorgungsaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in das Modell "Mobile Psychiatrie Bremerhaven" integriert werden können, wurde nur für die Frage des Krisendienstes beantwortet. Hier soll der Sozialpsychiatrische Dienst einen wesentlichen Teil für die Tagzeiten (Mo-Fr) übernehmen.

Ein weitergehendes Konzept wurde aus folgenden Überlegungen nicht bearbeitet: Aus Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes sollte in Bremerhaven auf keinen Fall das Bremer Organisationsmodell mit einer Integration von Institutsambulanzen und Sozialpsychiatrischem Dienst umgesetzt werden. Die Beantwortung der Frage „Was stattdessen in Bremerhaven?“ wurde zurückgestellt bis zu dem Zeitpunkt, ab dem auch das SGB XII-Budget über das Modell gesteuert wird.

- Zur möglichen Steuerung des SGB XII-Budgets über das Modellprojekt wurden im Projektzeitraum keine konkreteren Absprachen getroffen oder Schnittstellen vorbereitet.

## 10 Ergebnisbewertung des Institutes für Sozialpsychiatrie

### - **Veränderung der Angebotsstruktur:**

Das erarbeitete Modell der Angebotsstruktur für die „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ durch eines auf die Region zugeschnittenen funktionalen Basismodells kann bundesweit wegweisend sein für die Entwicklung von Modellen nach § 64 b SGB V. Während die meisten bisherigen Modelle die bestehende sektorale Angebotsstruktur mit der Dominanz der stationären Versorgung im Wesentlichen unverändert lassen, gibt es in dem Modell „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ einen klaren Fahrplan zur Veränderung der Angebotsstruktur, der durch das Vergütungsmodell (Vergütungsstufen bezogen auf den prospektiv geschätzten Behandlungsaufwand) unterstützt wird. Vergütungs- und Budgetmodell weisen darüber hinaus einen klaren Aufwands- und Leistungsbezug auf und sind transparent.

### - **Check der geplanten Angebotsveränderung durch Psychiatrie-Erfahrene:**

Bundesweit bisher einmalig im Rahmen von Modellen nach § 64 b ist der Vorab-Check der geplanten Angebotsstruktur durch die Beteiligung von Genesungsbegleitern an den Fachgruppen und dem Kernteam des Umsetzungsprojekts sowie die Einbindung des Erfahrungswissens von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen durch zwei Workshops, in denen die vorgeschlagenen Veränderungen breit diskutiert und z. T. modifiziert wurden.

### - **Veränderung der regionalen Steuerung und Entscheidungshoheit:**

Um festzustellen, ob das vorgeschlagene Organisationsmodell tatsächlich eine innovative Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in Bremerhaven mit sich bringt, empfiehlt sich eine Evaluation der geplanten Steuerung auf unterschiedlichen Ebenen:

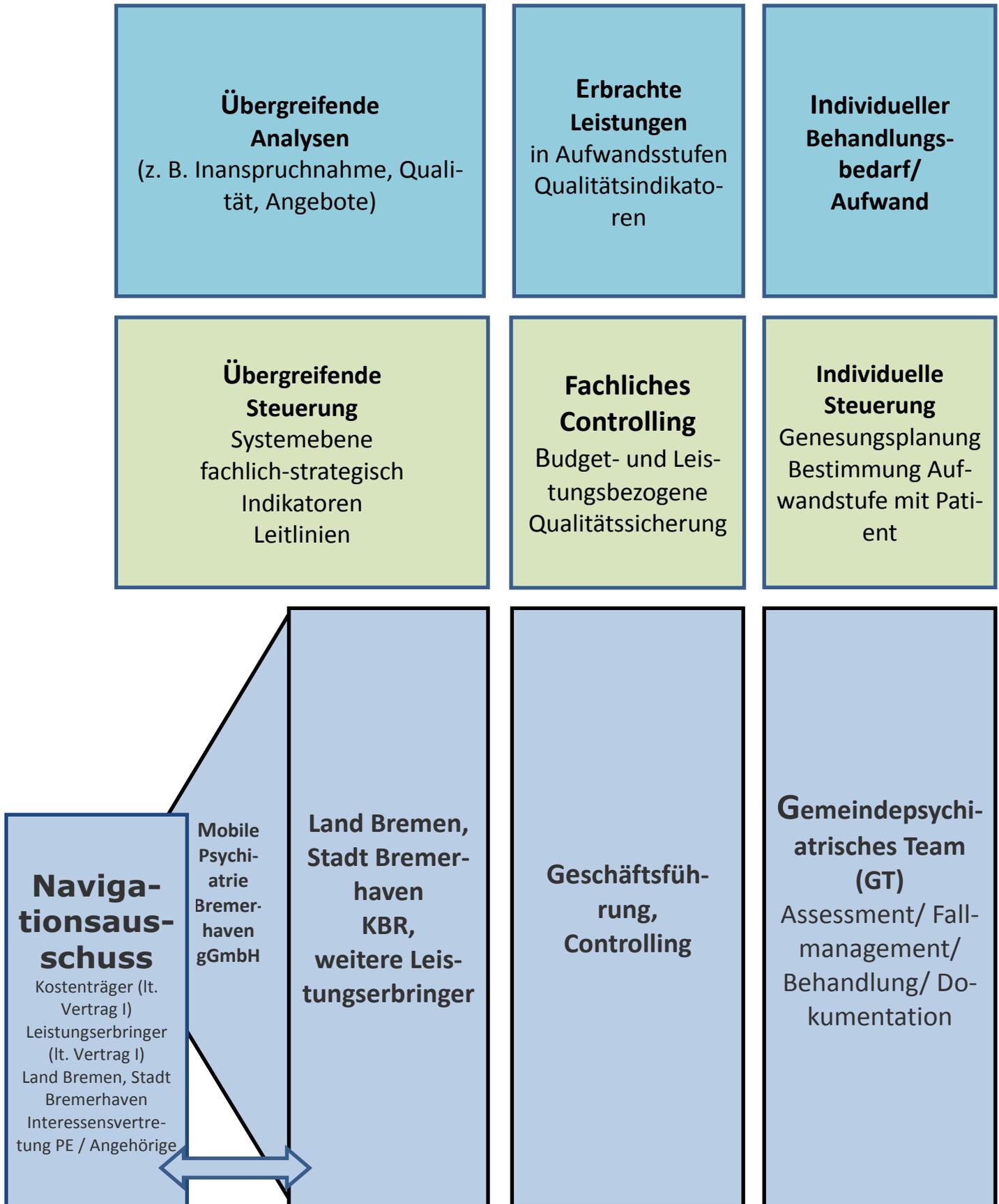
- Auf der Ebene des regionalen Versorgungssystems insgesamt und dessen Weiterentwicklung unter besonderer Beachtung der Schnittstellen zwischen der „Mobilen Psychiatrie Bremerhaven“ und den übrigen an der Versorgung beteiligten Diensten und Einrichtungen.
- Auf der Ebene der ökonomischen Steuerung des Leistungsangebots und der Versorgungsstruktur.
- Auf der Ebene des Einzelfall-Managements.

In Abbildung 14 werden die Ebenen des Organisationsmodells diesen verschiedenen Steuerungsebenen gegenübergestellt.

Im Einzelnen lassen sich die Steuerungsebenen wie folgt beschreiben

- Auf der gGmbH-Ebene üben verschiedene Gesellschafter, die in unterschiedlicher Weise Mitverantwortung für das Versorgungssystem tragen, die übergreifende Steuerung aus: aus der Perspektive der Gesundheits- und Sozialplanung und des überörtlichen Sozialhilfeträgers (Land Bremen), aus der Perspektive der Daseinsvorsorge und des örtlichen Sozialhilfeträgers (Stadt Bremerhaven) und aus der Perspektive der Bremerhavener Leistungserbringer durch diese selbst. Ergänzt werden diese Gesellschafter-Perspektiven durch die Perspektiven der weiteren Mitglieder des Navigationsausschusses, die nicht Gesellschafter sind: die Perspektiven der Leistungsträger des SGB V sowie die Interessenvertretung der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen. Auf dieser übergreifenden Steuerungsebene geht es überwiegend um strategische Fragen, um die Entwicklung von Leitlinien und Qualitäts-Indikatoren sowie um die Analyse der Inanspruchnahmeentwicklung und daraus folgender Konsequenzen für die Angebotsentwicklung und damit für die Budgetentwicklung.
- Die Geschäftsführung der gGmbH und ihr Controlling stellen die Einhaltung des Budgets und der vereinbarten Standards der unterschiedlichen Angebote sicher.
- Dem GT obliegt die Personen bezogene Koordination und Steuerung des Leistungsgeschehens. Diese erfolgt insbesondere über die Erstellung der Genesungsplanung und die prospektive Bestimmung der Aufwandsstufen.

**Abbildung 14: Ebenen des Organisationsmodells mit den verschiedenen Steuerungsebenen**



Insgesamt beinhaltet das hier entwickelte Modell im Vergleich zum Status quo also eine deutliche Veränderung, insbesondere in Steuerungsfragen. Denn aktuell liegt fast die gesamte Steuerungshoheit in der Hand des KBR. Ein wirksames Gegenüber – auf Augenhöhe – fehlt. Die Steuerung auf der Ebene des Einzelfalls ist, sowohl unter fachlicher als auch unter ökonomischer Perspektive, eher intransparent und folgt bisher nicht dem Primat der niedrighwelligen Beratung, der Stärkung der ambulanten Versorgung und des Home Treatments.

Das im Rahmen des Umsetzungsprojektes erarbeitete Organisations- und Steuerungsmodell stellt einen Kompromiss dar und weicht erheblich von dem in der Machbarkeitsstudie vorgeschlagenen Modell ab. Dieses sah eine deutliche andere Machtverteilung in der regionalen Steuerung in Form einer **Managementgesellschaft als Gegenüber aller Leistungserbringer** vor. Gleichwohl stellt das erarbeitete Steuerungsmodell einen Fortschritt in die gewünschte Richtung dar und gewährleistet eine Anschlussfähigkeit zum SGB XII.

Die Herauslösung der „Mobilen Psychiatrie Bremerhaven“ aus der Krankenhausstruktur und die Überführung des überwiegenden Teils der psychiatrischen Versorgungsleistungen in einen eigenen Rechtsträger - bei einer weiterhin engen Verknüpfung mit dem Klinikum - bieten gute Voraussetzungen für die Lösung vom Klinik-Bett als alternativlose Antwort auf schwere psychische Krisen und Erkrankungen. Dieses Modell unterstützt den Blick von allen Beteiligten auf den Sozialraum als primäres Tätigkeitsfeld psychiatrischer Arbeit.

### **Erarbeitungsstand der Meilensteine zum Projektende:**

Alle Meilensteine der Fachgruppen 1/2 und 4 konnten innerhalb des (verlängerten) Projektzeitraumes entsprechend dem Projektplan erreicht werden (vergl. Abbildungen 15 bis 17).

Die rechtlichen Fragestellungen konnten gemeinsam identifiziert, aber nicht vollständig und abschließend bearbeitet werden. Zunächst musste das Organisationsmodell vorliegen, um daraus die zu klärenden Rechtsfragen ableiten zu können. Darüber hinaus waren hier interne Klärungen bei den Projekt-Beteiligten erforderlich (z. B. zu Fragen der Personalanstellung in der Managementgesellschaft). Die in Kapitel 7 benannten und ggf. weitere offene Fragen zu den rechtlichen Bedingungen des Modells sind zeitnah zu bearbeiten, sofern und sobald eine Umsetzungsentscheidung fällt. Vorgesehen war, die Ergebnisse der Umsetzungsplanung nach Vorlage und Abnahme dieses Abschlussberichts allen Beteiligten sowie den im

Land Bremen vertretenen Kostenträgern vorzustellen mit dem Ziel, einen gemeinsam getragenen Umsetzungsbeschluss zu erwirken.

Für eine Richtungsentscheidung zur Umsetzung des Projekts „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ sind die Ergebnisse der Umsetzungsplanung aus der Sicht des ISP-MV ausreichend konkret, trotz noch zu klärender Fragen insbesondere zu den Themen Recht und ökonomischer Folgewirkungen für das KBR.

Kurz vor Ende der Planungsphase hat die Geschäftsführung des KBR erklärt, ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V sei für das Haus nur dann akzeptabel (vorbehaltlich der Klärung noch offener Detailfragen), wenn die zentrale Steuerung beim KBR liegt. Die mit der Gründung einer Managementgesellschaft verbundenen Risiken seien auch mit den zuvor erarbeiteten Lösungsvorschlägen zu hoch und für das KBR nicht akzeptabel. Da diese Position den wesentlichen von Beginn an zwischen allen Projektpartnern vereinbarten Projektzielen entgegen steht, ist eine Umsetzung des Modellvorhabens in der in diesem Bericht beschriebenen Form in Bremerhaven nicht möglich. Eine Entscheidungsfindung durch die weiteren Beteiligten war im Rahmen des Projektes nicht mehr erforderlich, da mit dem KBR ein wesentlicher Vertragspartner für das Modellprojekt nicht zur Verfügung steht. Damit wurde innerhalb dieses Projektes und seines Zeitplanes die Arbeit ohne konkrete Umsetzungsentscheidung beendet.

Gleichwohl vereinbarten die Beteiligten, weiterhin nach tragfähigen Varianten eines Projektes für die Umsetzung der fachlich erarbeiteten Projektinhalte zu suchen, an dem sich auch das KBR als wesentlicher Vertragspartner beteiligt.

**Allen Beteiligten, insbesondere den Mitgliedern des Kernteams, sei an dieser Stelle für ihr aktives Mitwirken, die konstruktiven Vorschläge für die Bearbeitung der Einzelthemen und ihr unermüdliches Engagement bis in die Projektverlängerung hinein gedankt.**

**Abbildung 15: Arbeitsstand FTG 1/2 „Leistungen und Strukturen“**

| <b>Nummer</b> | <b>Meilenstein</b>                                   | <b>Soll-Plan</b> | <b>Erfüllung/<br/>Priorisierung</b>                          |
|---------------|--|------------------|--|
| FG1-M1        | <b>Definition der Zielgruppen</b>                    | 25.05.2014       | ✓  |
| FG2-M1        | <b>Bestandsaufnahme</b>                              | 25.05.2014       | ✓  |
| FG2-M6        | <b>Einbindung Psychiatrie-Erfahrene</b>              | 30.09.2014       | ✓  |
| FG1-M2        | <b>Beschreibung Leistungsangebot</b>                 | 16.01.15         | ✓  |
| FG1-M4        | <b>Beschreibung Therapieverfahren</b>                | 16.01.15         | ✓  |
| FG2-M2        | <b>Definition der ambulanten Versorgungsstruktur</b> | 16.01.15         | ✓  |
| FG2-M4        | <b>Definition ergänzende ambulante Versorgung</b>    | 16.01.15         | ✓  |
| FG1-M6        | <b>Beschreibung Vergütungsstufen/Zielgruppe</b>      | 16.01.15         | ✓  |
| FG1-M3a       | <b>Beschreibung Kernprozesse inkl. Beratung</b>      | 20.03.15         | ✓  |
| FG1-M3b       | <b>Beschreibung Steuerungsfunktion systembezogen</b> | 20.03.15         | ✓  |
| FG2-M3        | <b>Zuordnung Management/Unterstützung</b>            | 17.04.15         | ✓  |
| FG2-M5        | <b>Infrastruktur Gemeindepsychiatrische Teams</b>    | 15.05.15         | ✓  |
| FG1-M5        | <b>Definition Qualitätssicherung</b>                 | 20.03.15         | Aufgehoben, da für die Umsetzungentscheidung nicht relevant. |

**Abbildung 16: Arbeitsstand FTG 3 – „Recht“**

| <b>Nummer</b> | <b>Meilenstein</b>  | <b>Soll-Plan</b> | <b>Erfüllung/<br/>Beschreibung</b> |
|---------------|---|------------------|------------------------------------|
| FG3-M1        | <b>Klärung der Rechtsform des Vertrags- und Vergütungsmodells (§ 64 a, § 140 ... SGB V)</b>   | 27.02.2015       | ✓                                  |
| FG3-M2        | <b>Klärungen zum Management des Vertragsmodells</b>   | 29.05.2015       | ✓                                  |
| FG3-M7        | <b>Definition der Beteiligungsformen von Interessenvertretungen von Patienten und Angehörigen</b>   | 29.05.2015       | ✓                                  |
| FG3-M5        | <b>Identifizierung und Klärung arbeitsrechtlicher Problemstellungen (z. B. Arbeitnehmerüberlassung, Betriebsübergang, Vergütungsmodell, Personalvertretung ...)</b> | 27.02.2015       | (✓)                                |
| FG3-M4        | <b>Einordnung des Projektes in die aktuelle rechtliche Krankenhausfinanzierungssystematik und damit ggf. verbundene Folgen /Auflagen (PEPP)</b>                     | 01.05.2015       | (✓)                                |
| FG3-M6        | <b>Identifizierung und Klärung steuerrechtlicher Fragen (z. B. Gemeinnützigkeit, Umsatzsteuerbefreiung...)</b>  | 01.05.2015       | (✓)                                |
| FG3-M3        | <b>Identifizierung und Klärung sozialrechtlicher Problemstellungen (z. B. SGB-Kompatibilität des Vergütungsmodells und Steuerungssystem ...)</b>                    | 29.05.2015       | (✓)                                |
| FG3-M8        | <b>Herstellung der Konformität des Modells mit den Anforderungen des Datenschutzes</b>  | 29.05.2015       | Bei Projektstart zu definieren     |

**Abbildung 17: Arbeitsstand FTG 4 – „Budget und Finanzierung“**

| <b>Nummer</b> | <b>Meilenstein</b>   | <b>Adaptierter Plan</b> | <b>Erfüllung Beschreibung /</b>   |
|---------------|--|-------------------------|---|
| FG4-M5        | <b>Anpassung Budgets an Morbiditätsentwicklung</b>   | 17.11.2014              | ✓   |
| FG4-M1        | <b>Ableitung der IST- und SOLL-Budgets für das definierte Leistungsangebot (Basisbetriebsjahr)</b>             | 09.01.2015              | ✓   |
| FG4-M6        | <b>Definition Nahtstellen zur Regelvergütung</b>   | 15.01.2015              | ✓   |
| FG4-M4        | <b>Definition der Regeln für die Budgetfortschreibung /-weiterentwicklung (einschließlich Öffnungsklausel)</b> | 30.04.2015              | ✓   |
| FG4-M3        | <b>Nachvollziehbarkeit der Eingruppierung von Versicherten in Gruppen</b>                                      | 13.02.2015              | ✓   |
| FG4-M2        | <b>Prüfung der Basiskalkulation mit mehrjährigen Daten</b>   | 30.04.2015              | ✓   |
| FG4-M7        | <b>Definition der Ressourcen für Unterstützungs- und Managementprozesse</b>                                    | 15.05.2015              | ✓   |
| FG4-M8        | <b>Verpreislichung der zeitbasierten Leistungsmodule der Spezialversorgung</b>                                 | 15.05.2015              | Aufgehoben, da für die Umsetzungsentscheidung nicht relevant.   |
| FG4-M10       | <b>Datenmanagement rund ums Budget ist definiert</b>   | 30.06.2015              | Aufgehoben, da für die Umsetzungsentscheidung nicht relevant.   |
| FG4-M9        | <b>Aufstellung einer Leistungs-, Kosten- und Finanzierungsplanung für das Basisbetriebsjahr</b>                | 15.05.2015              | a) Leistungsplanung für Startjahr aktuell nicht möglich.<br>b) Der Finanzierungsplan ist die Ableitung des Soll-Budgets.<br>c) Für die Umsetzungsentscheidung ist grundsätzlich die Kenntnis der Höhe des Sollbudgets ausreichend. Sollten Land und Kommune Gesellschafter sein, ist voraussichtlich ein detaillierter Businessplan erforderlich. |

## **ANHANG I – VERTRAGSENTWÜRFE (letzter Stand aus der AG Recht)**

### **ENTWURF**

#### **Vertrag I Regelungstatbestände für einen Vertrag über ein Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64 b SGB V**

Partner dieses Vertrages nach § 64 b SGB V sind die Kostenträger und die beteiligten Leistungserbringer nach SGB V.

#### **Präambel**

- Der Vertrag regelt die Versorgung bei psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen im Rahmen eines Modellprojektes auf der Grundlage des § 64 b i. V. m. § 63 Abs. 1 SGB V.
- Die Vereinbarungsparteien beabsichtigen mit dieser Vereinbarung ferner, die Versorgungsqualität weiter zu verbessern, den Ressourceneinsatz zu optimieren und finanzielle Fehlanreize zu vermeiden.
- Die Vereinbarung soll dazu beitragen, die ganzheitliche Versorgung psychiatrischer Patienten zu verbessern, Sektorengrenzen (ambulant und stationär) zu überwinden bzw. durchlässiger zu machen und die ambulante Versorgung zu fördern.
- Perspektivisch wird eine enge Verknüpfung mit der Eingliederungshilfe angestrebt, durch die Aufnahme von SGB XII zu einem späteren Zeitpunkt in dieses Modell.
- Im Rahmen des Modellvorhabens soll die Behandlung durch stationsungebundene Leistungen stärker in den Focus rücken. Das Entgeltsystem des Modellprojektes wird von den Beteiligten auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse kontinuierlich, bedarfs- und leistungsgerecht weiterentwickelt.

## **1. Inhalte und Ziele**

Mit diesem Vertrag soll im Rahmen eines Modellprojektes nach § 64 b i. V. m. § 63 Abs. 1 SGB V die Versorgung psychisch kranker Menschen durch Ausrichtung auf eine sektoren übergreifende Leistungserbringung weiterentwickelt werden. Es wird angestrebt, die am Patienten orientierte Behandlung zu verbessern.

Die Parteien beabsichtigen mit diesem Vertrag ferner, die Versorgungsqualität weiter zu verbessern, den Ressourceneinsatz zu optimieren und finanzielle Fehlanreize zu vermeiden. Der Vertrag soll dazu beitragen den Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung zu verbessern. Die ambulante Behandlung soll ausgebaut werden und hat Vorrang vor der stationären Versorgung.

## **2. Ausgangssituation**

Das Krankenhaus betreibt eine selbständige, fachärztlich geleitete psychiatrische Fachabteilung, die gemäß Feststellungsbescheid vom xx.xx.xxxx mit x vollstationären Betten und x tagesklinischen Plätzen ausgestattet ist. Das Krankenhaus verfügt außerdem über eine psychiatrische Institutsambulanz, für die eine Ermächtigung nach § 118 Abs. 2 SGB V besteht.

## **3. Vertragsgegenstand**

Gegenstand des Vertrages ist die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen auf Grundlage des in Anlage 1 dieses Vertrages beschriebenen Genesungskonzeptes, das auf eine Verbesserung der Patientenversorgung und der sektoren übergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist. Dabei ist eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige, wohnortnahe und effiziente Behandlung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen gem. §§ 2, 12 und 70 SGB V sicherzustellen.

## **4. Leistungen**

- Die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages umfassen folgende Versorgungsformen:
  - vollstationäre Angebote (inklusive vor- und nachstationär),
  - teilstationäre Angebote (Tagesklinik) - Tagesangebot,
  - komplexe ambulante Behandlung
  - ...

## 5. Finanzierung

Zur Vergütung der erbrachten Leistungen wird zwischen den Vertragsparteien jährlich eine Vergütungsvereinbarung (Anlage 2) geschlossen, in der ein Gesamtbudget vereinbart wird.

- Das Gesamtbudget setzt sich zusammen aus:
  - dem Budget des Krankenhauses für stationäre und teilstationäre Versorgung,
  - einer Erlössumme für die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V,
  - ...
  - Transferkosten nach Anlage,
  - Overheadkosten nach Anlage
- 
- Bei Beendigung dieses Vertrages gilt: (Regelungen für Budgetrückführung)
  - Konkretisierung der Budgetrückführung siehe Anlage

## 6. Budgetanpassung

Definitionen der Anpassungsfaktoren:

- Veränderung der Versicherten- bzw. Bevölkerungszahl in Höhe von mind. 5 %, strukturelle Änderungen werden über Verhandlungsprozesse berücksichtigt. Dabei ist noch offen, ob Veränderungen der Versichertenzahlen zu linearen oder degressiver Anpassungen führen sollen.
- Die Preisentwicklung soll über die im § 71 Abs. 3 SGB V definierte bundeseinheitliche Veränderungsrate dargestellt werden.
- Budgetrelevante Veränderungen bei Leistungen der Regelversorgung (z. B. Arzneimittelversorgung)
- Beschreibung eines ggf. erforderlichen Verhandlungsprozesses, der sich aus dem Monitoring weiterer Indikatoren ergeben kann (abrechnungsrelevante Daten, insbesondere Fallzahlen nach den Vergütungsgruppen 1 bis 5, Diagnosen und Prozeduren sowie ergänzend Personaleinsatzstunden nach Profession und Einsatzgebiet in Berichtsform halbjährlich).
- In den ersten zwei Jahren der Laufzeit des Vertrages werden den teilnehmenden Leistungserbringern ihre bisherigen Budgets garantiert. Dies ist aus dem Gesamtvertragsvolumen zu bestreiten.

## **7. Ausgleiche**

Folgende Tatbestände sind zu regeln:

- Das vereinbarte Budget eines Jahres wird immer zu 100% in beide Richtungen ausgeglichen. Damit ist sichergestellt, dass unabhängig von der Abrechnungsentwicklung die Leistungserbringer das Budget Erlösen.

## **8. Abrechnungsbestimmungen**

- Abrechnung nach Maßgabe der Vergütungsvereinbarung (Anlage): 5 Vergütungsstufen, Preise
- Zahlungsempfänger (Managementgesellschaft)
- ...

## **9. Datenübermittlung und Dokumentation**

Beschreibung der maßgeblichen Regelungen zu § 64 b SGB V. PEPP-Dokumentation für die stationären/teilstationären Angebote erforderlich ...

## **10. Zuzahlung**

Es gelten die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen.

## **11. Evaluation**

Die Vertragsparteien vereinbaren die Durchführung einer wissenschaftlichen Begleitung sowie die Auswertung der in diesem Modellvorhaben erzielten spezifischen Ergebnisse. Grundlage sind die gesetzlichen Vorgaben in §§ 63 bis 65 SGB V. Im Rahmen des Evaluationsauftrages sind Regelungen zu treffen, in welcher Form die Daten für die wissenschaftliche Begleitung pseudonymisiert und übermittelt werden.

## **12. Datenübermittlung an das InEK**

Formulierung einer Regelung, die besagt, dass die beteiligten Leistungserbringer die erforderlichen Daten an das InEK liefern.

## **13. Datenschutz**

Formulierung der datenschutzrelevanten Regelungen

## **14. Arzneimittelversorgung**

Beschreibung des Bezugsweges und Verordnungspfads einschließlich der Regelung der Finanzierungsproblematik.

## **15. Zusammenarbeit mit dem MDK**

Beschreibung von Regelungen über Zusammenarbeit mit dem MDK zu den Mitwirkungspflichten und Berichte mit dem Ziel, den administrativen Aufwand zu reduzieren.

## **16. Patienteninformation, Kommunikationskonzept**

Die Partner dieses Vertrages erstellen eine Patienteninformation (Anlage) und ein Kommunikationskonzept (Anlage). Neben den gesetzlichen Grundlagen sind bei der Entwicklung der Patienteninformation und des Kommunikationskonzepts die besonderen Bedürfnisse der Versicherten zu berücksichtigen.

## **17. Gründung einer gGmbH**

- Regelungen zur Gründung einer Management-gGmbH mit Leistungserbringern, Stadt Bremerhaven und Land Bremen.
- Beschreibung der Notwendigkeit der Einrichtung eines Navigationsausschusses mit Steuerungsfunktion.
- Die Regelungen sind so zu treffen, dass die Umsatzsteuerpflicht vermieden bzw. minimiert wird.
- Die Leistungserbringer, die Vertragspartner dieses Vertrages sind, schließen einen weiteren Vertrag mit der Management-gGmbH. Dieser Vertrag beinhaltet u.a. die im Rahmen der Projektarbeit erarbeiteten Regelungen zum Navigationsausschuss und der Geschäftsordnung.
- Bei einer Personalübertragung sind die Besitzstände der Mitarbeiter zu wahren. Dabei sind die geltenden Tarifverträge der entsendenden Organisationen maßgeblich.

## **18. Beitritt und Austritt**

Beschreibung von Regelungen zum Beitritt oder Austritt einschließlich Kündigungsfragestellungen von Krankenkassen und Leistungserbringern. Die Kündigungsfristen sind so zu bemessen, dass eine Fortführung des Vertrages weiterhin möglich ist.

## **19. Übergangsregelungen**

Regelung, welche Entgelte Im Fall der Kündigung sowie nach Ablauf der Vertragslaufzeit bis zum Abschluss weiter zu erheben sind.

## **20. Qualitätssicherung**

Aufnahme von Regelungen, die Struktur- und Prozessqualität mindestens im Umfang der im ambulanten und stationären Bereich bestehenden Rahmenbedingungen sicherstellen.

## **21. Schlussbestimmungen / Salvatorische Klausel**

## **22. Inkrafttreten und Laufzeit**

### **Anlagenverzeichnis**

- Behandlungskonzept
- Vergütungsvereinbarung
- ...

## **ENTWURF**

### **Ergänzungsvertrag („Vertrag II“) zwischen Leistungserbringern und Managementgesellschaft**

**Hinweis: Dieser Entwurf dient als Grundlage für eine spätere Ausgestaltung. Die Formulierungen bilden den inhaltlichen Konsens ab, ohne dass sie abschließend juristisch geprüft sind. Bei der Umsetzung wird es daher noch zu Umformulierungen kommen.**

### **Ergänzungsvereinbarung zwischen den Leistungserbringern ... und der ... GmbH (im Folgenden GmbH genannt)**

#### **Präambel**

Diese Vereinbarung erfolgt zur Umsetzung des geschlossenen Vertrages nach § 64 b SGB V (im Folgenden Hauptvertrag genannt).

[...]

#### **1. Leistungsübertragung, Versorgungsauftrag und Vergütung**

Hier ist eine Regelung zu treffen, mit der die Leistungserbringer die GmbH mit der Leistungserbringung beauftragen. Der Versorgungsauftrag für stationäre Behandlung liegt beim Klinikum Bremerhaven Reinkenheide. Die Ermächtigungen der PIA bleiben unberührt. Die Versorgungsverträge mit den übrigen beteiligten Leistungserbringern bleiben bestehen. (+ ggf. weitere Ausführungen zur Frage „Kann das Krankenhaus als Inhaber des Versorgungsauftrages die dazu erforderlichen Leistungen zu 100% bei Dritten einkaufen?“) Die GmbH übernimmt die Rechnungslegung und den Zahlungseinzug gegenüber den Kostenträgern. Zudem sind Modalitäten für die Vergütung der durch die Leistungserbringer eingesetzten Ressourcen zu beschreiben, soweit die GmbH einzelne Leistungserbringer beauftragt. Hier sind Regelungen zur Qualitätssicherung i.S.v. Struktur- und Prozessqualität zu finden und als Anlage beizufügen.

#### **2. Navigationsausschuss**

Es wird die Errichtung eines Navigationsausschuss (Beirates) festgeschrieben. Er hat insbesondere die Umsetzung des Projektes zu überwachen und Empfehlungen für die Gesellschafterversammlung vorzubereiten. Der Navigationsausschuss hat ein umfassendes Auskunftsrecht bzgl. modellrelevanter Fragen gegenüber dem Geschäftsführer.

Für den Navigationsausschuss wird eine Geschäftsordnung (vgl. Anlage)

als Bestandteil dieses Vertrages festgelegt. Der Navigationsausschuss empfiehlt Zielvereinbarungen für die Geschäftsführung.

Dem Navigationsausschuss gehören gruppiert nach Banken folgende Mitglieder an:

1. die am Hauptvertrag beteiligten Krankenkassen,
2. die am Hauptvertrag beteiligten Leistungserbringer,
3. das Land Bremen sowie die Stadtgemeinde Bremerhaven,
4. ein Interessensvertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen (nähere Festlegung erfolgt noch).

Für Bank 1-3 gilt: die entstehenden Kosten werden durch entsendenden Organisationen getragen.

### **3. Geschäftsführung**

Die Geschäftsführung im Modellvorhaben wird durch den anteilig für die GmbH tätigen Geschäftsführer ausgeübt. Dies beinhaltet insbesondere die personelle Führung aller Mitarbeiter, kaufmännische Leitung und das Controlling. Durch den Geschäftsführer werden alle erforderlichen Verhandlungen geführt.

### **4. Personalüberleitung**

Schrittweise werden Mitarbeiter in die gGmbH übergeleitet. Dabei erhalten die Mitarbeiter spätestens nach Beendigung des Modellprojekts ein Rückkehrrecht zu ihrem bisherigen Arbeitgeber zu denselben Konditionen wie zuvor; erworbene Besitzstandsansprüche bleiben erhalten. Ein oder mehrere noch zu bestimmende Beteiligte übernehmen im Auftrag der gGmbH die Gehaltsabrechnung und alle damit im Zusammenhang stehenden (gesetzlichen) Verpflichtungen gegen Kostenerstattung durch die GmbH.

### **5. Gemeindepsychiatrisches Team**

Die gGmbH richtet ein multiprofessionelles Gemeindepsychiatrisches Team (GT) unter ärztlicher Leitung ein. Dieses besteht unter anderen aus Personen mit psychologischer, ärztlicher, pflegerischer, sozialarbeiterischer Qualifikation sowie Genesungsbegleitern. Es ist für die Bereiche Assessment, Fallmanagement, ambulante und aufsuchende Behandlung und Dokumentation verantwortlich.

### **6. Kündigung und Vertragsanpassung**

Dieser Vertrag ist mit dem Hauptvertrag inhaltlich verbunden. Daher endet dieser Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit dem Ende

des Hauptvertrages und umgekehrt. Ein ordentliches Kündigungsrecht dieses Vertrages wird ausgeschlossen. § 314 BGB bleibt unberührt.<sup>4</sup>

## **7. Förderungspflicht**

Alle Vertragspartner sowie die Gesellschafter fördern das Modellvorhaben. Sie unterstützen den eingesetzten Navigationsausschuss nach ihren Möglichkeiten, insbesondere durch Mitarbeit und Informationsbereitstellung. Sie verpflichten sich keine Maßnahmen zu ergreifen, die im Widerspruch zu den Empfehlungen stehen.

## **8. Datenschutz**

Es sind die einschlägigen Datenschutzbestimmungen zu berücksichtigen. In der Kommunikation zwischen Geschäftsführer und Navigationsausschuss sind Patientendaten zu anonymisieren. Die Teilnehmer im Navigationsausschuss verpflichten sich ebenfalls zur Verschwiegenheit und zur Einhaltung des Datenschutzes.

## **9. Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

Diese Vereinbarung tritt zum ... in Kraft.

Bremerhaven, den ...  
[Unterschriftenliste]

Anlage

---

<sup>4</sup> Außerordentliche Kündigung (aus wichtigem Grund).

## **ENTWURF**

### **Geschäftsordnung Navigationsausschuss**

#### **§ 1 Vorsitz und weitere Teilnehmer**

- (1) Aus der Mitte des Navigationsausschusses werden für zwei Jahre ein Vorsitzender und ein Vertreter gewählt. Eine Wiederwahl und Abwahl ist zulässig.
- (2) Mit beratender Stimme nehmen sie an den Sitzungen der Geschäftsführer der gGmbH gemeinsam mit der ärztlichen Leitung des GT teil. Weitere Personen können im Bedarfsfall zu Sitzungen hinzugezogen werden.

#### **§ 2 Sitzungen**

- (1) Der Navigationsausschuss tritt nach Bedarf, mindestens jedoch zweimal im Kalenderjahr zusammen.
- (2) Der Vorsitzende lädt unter Beifügung der vorläufigen Tagesordnung und gegebenenfalls weiterer Unterlagen ein. Er eröffnet, leitet und schließt die Sitzung.
- (3) Der Navigationsausschuss ist einzuberufen, wenn die Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder oder der Geschäftsführer dies gegenüber dem Vorsitzenden verlangt.
- (4) Zwischen dem Versand der Einladung und der Sitzung sollen mindestens drei Wochen liegen. Notwendige Beratungsunterlagen sind mindestens eine Woche vor der Sitzung zu versenden.
- (5) Die Mitglieder können weitere Themen für die Tagesordnung bei dem Vorsitzenden anmelden. Über weitere Beratungsgegenstände ist im Rahmen der Sitzung durch die stimmberechtigten Mitglieder abzustimmen.
- (6) Die Sitzungen sind nicht öffentlich. Die Tagesordnung, die übermittelten Unterlagen und der Verlauf der Beratungen sind vertraulich. Alle Teilnehmer haben sicher zu stellen, dass Informationen zu den Beratungsunterlagen und zum -verlauf nur denjenigen Personen ihrer Organisation zur Kenntnis gegeben werden, die diese zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben benötigen.

### **§ 3 Beschlussfassung und Beschlussfähigkeit**

- (1) Jede Bank entsendet höchstens zwei fachkundige Vertreter und verfügt über eine Stimme. Der Navigationsausschuss beschließt einstimmig Empfehlungen. Sofern kein Konsens zu erzielen ist, werden die unterschiedlichen Voten protokolliert.
- (2) Die Beschlussfähigkeit ist gegeben, wenn fristgerecht eingeladen worden ist und alle Bänke vertreten sind.
- (3) Ist Beschlussunfähigkeit gegeben, so ist innerhalb von einer Woche unter Einhaltung der regulären Einladungsfrist zu einer neuen Sitzung zu laden. Diese Sitzung ist beschlussfähig.
- (4) Beschlussfassungen erfolgen grundsätzlich in den Sitzungen. Ausnahmsweise ist eine Abstimmung im Umlaufverfahren in dringenden Fällen zulässig. In diesem Verfahren haben die stimmberechtigten Mitglieder ihre Stimme innerhalb einer von dem Vorsitzenden im Einzelfall festzulegenden Frist, die in der Regel mindestens zwei Woche betragen soll, gegenüber dem Vorsitzenden schriftlich oder in Textform abzugeben.

### **§ 4 Protokoll**

- (1) Über jede Sitzung ist eine Niederschrift zu erstellen, die Datum, Ort, Beginn und Ende der Sitzung sowie eine Liste der teilnehmenden Personen enthält. Sie hat neben der Feststellung der Beschlussfähigkeit auch die wesentlichen Ergebnisse des Beratungsverlaufs wieder zu geben. Beschlüsse sind in vollem Wortlaut darzustellen.
- (2) Die Niederschrift soll den Mitgliedern zeitnah nach der Sitzung - möglichst in elektronischer Form - zugehen.
- (3) Einwendungen der Personen, die an der Sitzung teilgenommen haben, gegen den Inhalt der Niederschrift können innerhalb von zwei Wochen nach Versand der Niederschrift gegenüber dem Vorsitzenden erhoben werden.
- (4) Über die Genehmigung der Niederschrift entscheidet der Navigationsausschuss in der darauffolgenden Sitzung.

## **§ 5 Geschäftsstelle**

- (1) Zur Unterstützung des Navigationsausschusses kann eine Geschäftsstelle eingerichtet werden.
- (2) Die Geschäftsstelle nimmt insbesondere folgende Aufgaben wahr:
  - Erstellung der Tagesordnung
  - fristgemäße Einladung zu den Sitzungen unter Beifügung der erforderlichen Unterlagen
  - Organisation und Teilnahme an den Sitzungen
  - Sitzungsvor- und -nachbereitung einschließlich Erstellung der erforderlichen Unterlagen
  - Fertigung der Ergebnisniederschriften, Abstimmung mit den Beteiligten und Versand
- (3) Eventuelle Kosten der Geschäftsstelle trägt die entsendende Organisation.

## **ANHANG II – Workshop „Psychische Krise – passende Angebote in Bremerhaven“ am 14.10.2014**

## Workshop

### „Psychische Krise – passende Angebote in Bremerhaven“ am 14.10.2014

10:00-15:00, Zentrum Seelische Gesundheit Bremerhaven

Am 14.10.2014 fand in Bremerhaven der Workshop „Psychische Krise – passende Angebote in Bremerhaven“ statt. Er ist Teil des Projekts „Umsetzungsplanung Bremerhaven“, welches die ambulante psychiatrische Behandlung in Bremerhaven stärken will und die Angebote und verbessern möchte. Ziel des Workshops war es, die Ideen des Projekts durch die Teilnehmer überprüfen und ergänzen zu lassen. Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige sollten durch die „Brille“ der Erfahrung auf die Ideen schauen und ihre eigenen Sichtweisen mit einbringen.

Mit rund 20 Psychiatrie-Erfahrenen, 2 Angehörigen und 5 Mitarbeitern aus dem Projektteam war der Workshop gut besucht. Zunächst begrüßte Frau Lacroix die Anwesenden. Die Mitglieder des Projektteams stellten sich vor und sprachen über ihre Erwartungen an den Workshop. Dann stellte die Projektleiterin Frau Bronowicki das Projekt und seine Ziele vor.

Die erarbeiteten Ideen des Projekts wurden durch Frau Lacroix, Herrn Onori und Herrn Tietje vorgestellt. Die Präsentation ist im Anhang zu finden.

Die Teilnehmer beschäftigten sich anschließend in drei Arbeitsgruppen mit den folgenden Themen:

Arbeitsgruppe 1: **Angebote** des Gemeindepsychiatrischen Teams

Arbeitsgruppe 2: **Beratung** durch das Gemeindepsychiatrische Team

Arbeitsgruppe 3: **Arbeitsweise** des Gemeindepsychiatrischen Teams

Im ersten Teil dieser Zusammenfassung sind die Ergebnisse der Arbeitsgruppen dargestellt. Im zweiten Teil sind die Ergebnisse der großen Runde am Nachmittag zusammengefasst.



## ERGEBNISSE DER ARBEITSGRUPPEN:

### ARBEITSGRUPPE 1:

#### ANGEBOTE DES GEMEINDEPSYCHIATRISCHEN TEAMS

? *Was ist Ihnen in einer Krise besonders wichtig? Welche Angebote brauchen Sie in einer Krise?*

- **Telefonische Sprechzeit in akuter Krise**  
Ein Gespräch kann in manchen Krisensituationen hilfreich sein und den Gang in die Klinik vermeiden. In einem telefonischen Erstkontakt sollte ein Mitarbeiter als „Lotse“ Informationen geben zu möglichen Hilfsangeboten und Beratung zum Umgang mit der Krise.
- Ein **Krisendienst**, der auch aufsuchend arbeitet und einen Bereitschaftsdienst rund um die Uhr anbietet (24 Std. / 7 Tage).
- **Nacht- und Wochenendbetreuung**  
Auch nachts und am Wochenende sollte es ein Angebot geben, zu dem Patienten gehen können, denn Krisen und Belastungssituationen treten oftmals zu diesen Zeiten auf.
- **Beratung für Angehörige in Angehörigengruppen**  
Die Situation der Angehörigen in Krisenzeiten und während der Begleitung eines erkrankten Angehörigen sollte mehr beachtet werden. Hier muss es mehr spezielle Beratungsangebote geben, und auch Angehörigengruppen, in denen man sich über Erfahrungen austauschen und gegenseitig unterstützen kann.
- **Notfall-Telefon auch für Angehörige**  
Gerade wenn ein Angehöriger sich in einer akuten Krise befindet, ist auch die Not der Angehörigen groß. Daher sollte es eine Möglichkeit geben, auch als Angehöriger Beratung und Unterstützung bei Krisen zu erhalten.
- Die **gute Kooperation** der verschiedenen Dienste und Ansprechpartner in Bremerhaven ist sehr wichtig und muss gut funktionieren. Dies erleichtert es den Betroffenen, da der Einzelne sich die Hilfen nicht allein organisieren und an den versch. Stellen seine Situation neu darstellen muss.

? *Wer sollte Sie begleiten / wer sollte die Bezugsperson sein?*

- Es ist aus Sicht der AG 1 wichtig, einen **persönlichen Ansprechpartner** zu haben, der sich mit anderen berät und verschiedene Beteiligte verbindet. Wer dies sein soll ist individuell je nach Patient unterschiedlich. Für manche Personen ist es gut, wenn dies eine nahestehende Bezugsperson aus dem persönlichen Umfeld ist. Manche

bevorzugen eine Person mit beruflicher Ausbildung. Wichtig sind hier das Vertrauen und die „Neutralität“ im Sinne des Patienten.

- Die Mitarbeiter im Gemeindepsychiatrischen Team sollten auf der **persönlichen** Ebene gut Beziehungen aufbauen können und gleichzeitig auch **professionell** sein (durch fachliche Ausbildung und Erfahrung in der Arbeit mit Psychiatrie-Erfahrenen).

### ? *Haben Sie weitere Ideen für (neue) Angebote?*

- Angebote wie **Reittherapie, Musiktherapie, Tiertherapie** sind für viele Menschen sehr hilfreich
- Einen **Krisenplan** erstellen: den persönlichen Umgang mit Krisen lernen
- Einen **Notfallkoffer** anlegen: ein Behältnis, in dem sich Dinge befinden, die für den Einzelnen sehr bedeutsam und hilfreich sind
- **Krisenbibliothek (Schreibwerkstatt)**: die Krisenbibliothek kann aus gedruckter Literatur zu psychischen Erkrankungen bestehen und auch aus selbstverfassten Berichten anderer Psychiatrie-Erfahrener. Die Krisenbibliothek ist alle zugänglich. Hier können sich Patienten informieren, austauschen, selbst schriftlich berichten und sich etwas „von der Seele schreiben“. Dies kann anderen Betroffenen helfen, mit ihrer eigenen Erkrankung zurecht zu kommen. Die hilfreichsten Bücher zu psychischen Erkrankungen sind oftmals diejenigen, die von Psychiatrie-Erfahrenen selbst geschrieben wurden.
- **Tagesangebot**: das Tagesangebot sollte sehr **individuell** gestaltet sein. Die feste Uhrzeit von 08 – 16:00 ist aus Sicht der Teilnehmer der AG1 nicht sinnvoll. Ein persönliches Wochenprogramm je nach Situation sollte mit dem Einzelnen ausgearbeitet werden. Der Patient kann daher selbst Prioritäten setzen, woran er arbeiten möchte.
- Das Tagesangebot könnte auch mit externen Angeboten **in der Gemeinde** zusammen kooperieren – z.B. mit der VHS, Vereinen, Angeboten vor Ort. So wird das Ziel, wieder am „normalen“ Leben teilzunehmen, unterstützt.

### ? *Was ist wichtig für die Zeit nach einer Erkrankung?*

- **Gruppenarbeit**: Regelmäßige möglichst gleich besetzte Gruppen zum Austausch mit anderen Psychiatrie-Erfahrenen zu Krankheitsbildern, Symptomen und Umgang mit der Erkrankung.
- **Ziele, Aufgaben, gebraucht werden**: Selbstvertrauen muss wieder aufgebaut werden, das gelingt am besten wenn man einen Aufgabe hat und gebraucht wird. Die eigenen Stärken und Begabungen zu finden und sie umzusetzen, z.B. im kreativen Bereich, Musik, Kunst.
- Am besten ist es, außerhalb der klassischen Ergotherapie in einer Einrichtung **gemeindenah** vor Ort in der VHS oder in ähnlichen Einrichtungen seinen Interessen nachzugehen.

## ARBEITSGRUPPE 2: BERATUNG DURCH DAS GEMEINDEPSYCHIATRISCHE TEAM

### ? *Beratung in einer akuten Krise – was wird gebraucht?*

Zur Ruhe kommen (Schutzraum, Sicherheit) / Besinnung (wieder)finden

- Zunächst ist wichtig, jemanden bei sich zu haben, der zuhört, einen Schutzraum bietet,
- In manchen Situationen kann auch ein telefonischer Kontakt ausreichen.
- Vertrauen in die Person mit der ich spreche ist Voraussetzung.

#### **Aufzeigen von Möglichkeiten**

- Es sollte zunächst gefragt werden, „was kann Ihnen jetzt helfen?“, denn Patienten wissen oftmals gut selbst, was sie in der Krise brauchen
- Es sollten verschiedene Möglichkeiten der Hilfe aufgezeigt werden, der Patient soll Entscheidung so gut es geht selbst treffen können.

### ? *Wer sollte bei der Beratung beteiligt sein?*

- **Angehörige** (Eltern, ggf. erwachsene Kinder, nahe Bezugspersonen)
- Eine **Person des Vertrauens**, die empathiefähig ist, neutral im Sinne des Patienten, die zuhören kann und die versteht was im Patienten vorgeht. Psychiatrie-Erfahrene könnten diese Rolle übernehmen, aber auch andere.
- **Verschiedene Berufsgruppen** (bringen verschiedene Sichtweisen mit ein)

### ? *Wie sollte die Beratung gestaltet sein?*

- Sie sollte **abgestuft** aufgebaut sein, je nach Möglichkeit des Patienten in unterschiedlicher Intensität
- **Informationen zu Angeboten** sollten verständlich und einfach zugänglich sein-> z.B. „Psychiatrie-Wegweiser“
- **Keine „Beurteilung“** (wenn nicht aufgrund akuter Erkrankung notwendig), Gespräch auf Augenhöhe, Patient entscheidet selbst
- Auch die **Situation der im Haushalt lebenden Kinder und Jugendlichen** und mögliche Unterstützung bei der Betreuung der Kinder und Jugendlichen sollte mit berücksichtigt werden.
- **Keine zu hohen Erwartungen** an konstante lineare Verbesserung des Gesundheitszustandes stellen
- Regelmäßiger Abgleich, ob der gewählte Behandlungsweg noch passt -> **Regelmäßige Standortbestimmung**

- Ergebnisse sollten in verständlicher Form schriftlich festgehalten werden in einer persönlichen Dokumentation -> **individueller Behandlungsplan** mit Übersicht über die Angebote

? *Welche Themen sollten Gegenstand der Beratung sein?*

- **Genesungsweg** : Persönlicher Weg, eigene Angelegenheit, individuell. Hierzu gehört auch, sich die **Eigenverantwortung** für sich selbst klar zu machen. (Bei schwer erkrankten Patienten oft schwer möglich, dann zu späterem Zeitpunkt unbedingt wieder aufnehmen).
- Umfassende Aufklärung zu **Psychopharmaka** – Präparat, Nebenwirkungen, Alternativen, Perspektive der Reduzierung, Folgen eigenmächtigen Absetzens. Diese Beratung fehlt in der bislang herrschenden Praxis (in Klinik oder bei behandelndem Facharzt) oft komplett.
- **Konfliktpunkte** und mögliche **Therapiemöglichkeiten**
- „**Psychoedukative Einheiten**“ (Diagnose, Stress-Steuerung, Verläufe, Stressmanagement, Deeskalation)
- **Notfallkoffer** / Hilfsmöglichkeiten und Eigenverantwortung

? *Wo sollte die Beratung stattfinden?*

- Erstberatung im akuten Krisenfall: zuhause oder in einer Anlaufstelle. Zuhause bietet sich insbesondere dann an, wenn aufgrund der akuten Erkrankung oder aufgrund von im Haushalt lebenden Kindern / Jugendlichen nur schwer das Haus verlassen werden kann.
- umfassende Beratung: in einer Anlaufstelle, Idee: „Haus der Beratung“, hier könnte sowohl Einzel- als auch Gruppenberatung stattfinden.

? *Wie können Hilfesuchende von der Beratung (und dem GT erfahren)?*

Information ist wichtig: mit Flyern, Informationen in Zeitung und anderen zentralen Stellen muss auf das GT und seine Beratungsaufgabe in Krisensituationen hingewiesen werden (derzeit ist es oft schwer, herauszufinden, welche Angebote weiterhelfen können, Wegweiser Psychiatrie BHV ist nicht einfach genug aufgebaut und nicht einfach zu finden).

?

*Wie kann mit Beschwerden umgegangen werden? Wie könnte die Qualitätssicherung der Angebote aussehen?*

- Es könnte eine zentrale Stelle geben, die Beschwerden der Patienten mit Behandlern und Angeboten des GT aufnimmt. Diese Stelle sollte die negativen Erfahrungen mit den Hilfen genau dokumentieren und den Beschwerden auch nachgehen können.
- Es muss gesondert gesehen werden, ob es sich um Beschwerden mit „externen“ Behandlern handelt (wie. Z.B. Ärzten und Therapeuten) oder um Problemen mit dem Gemeindepsychiatrischen Team.
- Idee: Qualitätssicherungskreis des Gemeindepsychiatrischen Teams regelmäßig, z.B. viermal / Jahr. Hier können Psychiatrie-Erfahrene beteiligt sein und die (positiven und negativen) Erfahrungen der NutzerInnen einbringen.
- Bei Problemen mit dem Gemeindepsychiatrischen Team selbst könnten vertrauliche Ansprechpartner (z.B. Patientenfürsprecher) zur Verfügung stehen und die Probleme im Qualitätskreis weitergeben bzw. Wege für die Lösung des Problems erschließen.

### AG 3 „Arbeitsweise des Gemeindepsychiatrischen Teams“

#### ? *Krisendienst – wie sollte er gestaltet sein?*

- Der Krisendienst sollte **gut telefonisch erreichbar** sein, mit einer **festen und bekannten** Telefonnummer
- auch **spät abends und am Wochenende**. Er muss nicht unbedingt 24Std. erreichbar sein. Wenn zur Wahl stünde, ob rund um die Uhr oder am Wochenende, dann eher am Wochenende.
- Wichtigste Aufgabe ist zuallererst: **Zuhören!**

#### ? *Wie soll die Arbeitsweise des Bezugsbetreuers aussehen?*

- Der einzelne Patient sollte **einen festen** Ansprechpartner haben, der als Lotse durch das System und verbindende Person zwischen den einzelnen Institutionen / Hilfen dient. Hierdurch soll es für den Patienten einfacher werden in den Übergängen z.B. nach dem Klinikaufenthalt.
- Der „Lote“ soll bereits **während des Klinikaufenthaltes** Kontakt zum Patienten aufnehmen bzw. diesen halten wenn er bereits bekannt ist. Der Patient erlebt dadurch „kurze Wege“, d.h. dass er sich nicht selbst komplett Unterstützung organisieren muss und der Weg zur geeigneten Hilfe einfacher wird.
- Die Bezugsperson sollte eine konstante Person sein, jedoch sollten bei z.B. Krankheit oder Verhinderung der Bezugsperson das Angebot und die **Unterstützung kontinuierlich** vorhanden sein z.B. durch Vertretung des Bezugsbetreuers.

#### ? *Beziehungsgestaltung / Grenzen wahrnehmen*

- Das GT muss fähig sein, **vertrauensvolle und verlässliche** Beziehungen zu den Patienten aufzubauen.
- Das GT muss **auch abgeben können** an andere Institutionen, wenn es an seine Grenzen kommt. Es muss daher **umfassende Kenntnis** haben über die vorhandenen Angebote („wissen, wann und wohin“).

## 2.) Zusammenfassung:

„Was ist aus Sicht der Teilnehmer besonders wichtig, damit das geplante Modell gut gelingt? Welche Themen soll das Projekt unbedingt für die weiteren Erarbeitungen bedenken?“ (Ergebnisse der Kartenabfrage)

Die drei wichtigsten Themen sind (in der Reihenfolge nach Häufigkeit der Nennung):

### 1) Umfassende Erreichbarkeit in Krisensituationen (auch spät abends und am Wochenende)

- telefonisch,
- aufsuchend,
- zentrale Anlaufstelle (z.B. Nachtcafé)



### 2) Individualität des Einzelnen beachten:

- Selbstbestimmung erhalten und unterstützen
- Eigenverantwortung fördern
- Hilfen individuell gestalten



### 3) Beziehungsgestaltung mit der Bezugsperson / Gemeinpsych. Team:

- zuhören, ernst nehmen, auf Augenhöhe sein
- Vertrauen herstellen
- in Krisen da sein



## Weitere wichtige Themen:

- ➔ **Information und Beratung zu den Angeboten**
  - Überblick über alle Angebote
  - Beratung während und nach einer Krise
  - Regelmäßige Standortbestimmung
  - persönlicher, schriftlicher Behandlungs- / bzw. Genesungsplan
  
- ➔ **übergreifender „Lotse“ durchs System,**
  - konstante Bezugsperson,
  - die alle miteinander vernetzt
  
- ➔ **Situation der Angehörigen beachten**
  - von Eltern mit (kleinen) Kindern: Unterstützung / Betreuung der Kinder in Krisensituationen, spezifische Beratung für Kinder zur Erkrankung des Elternteils, Einrichtungen kinderfreundlich gestalten
  - Beratung und Unterstützung von Angehörigen erwachsener Patienten in Krisensituationen
  
- ➔ **Gute Kooperation der Angebote untereinander**



Das Projekt versteht die Ergebnisse als „Arbeitsaufträge“ und wird sie als wichtige Anregungen im weiteren Verlauf der Erarbeitungen berücksichtigen.

Im Frühjahr 2015 wird es einen ähnlichen Folge-Workshop geben, in dem die weiteren Erarbeitungen des Projekts durch die Teilnehmer erneut geprüft und ergänzt werden können.

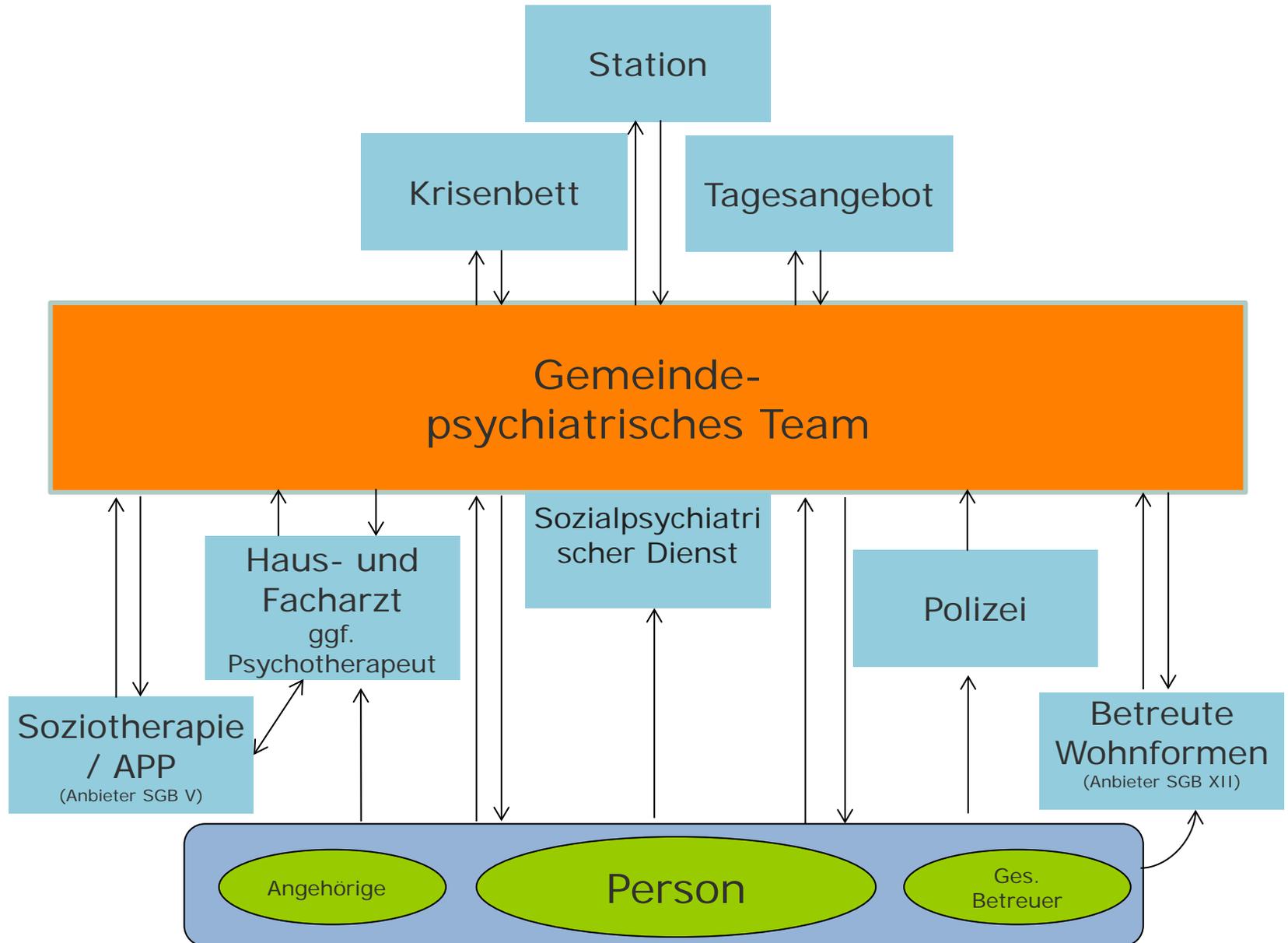
# Ideen des Projekts



## Workshop Psychische Krise – passende Angebote in Bremerhaven

14.10.2014

# Zentrale Anlaufstelle für alles neben der ärztlichen Versorgung



# Gemeindepsychiatrisches Team in Bremerhaven



# Aufgaben

Ambulant =  
hauptsächlich  
aufsuchend  
außerhalb  
Station

Begleitung durch  
Bezugsbetreuer/-  
in, Kontakt auch  
während  
Klinikaufenthalt

Unterschiedli  
che  
Berufsfelder,  
Mitarbeit  
Psychiatrie-  
Erfahrener

Angehörige  
und weitere  
Bezugspersonen  
einbeziehen

Gute  
Erreichbarkeit,  
Hilfe in  
Krisensituation  
en

## Ambulantes gemeindepsychiatrisches Team



Therapeutische Gespräche,  
Schneller Zugang zu  
Psychotherapie,  
Medikamentöse Behandlung

Bei Aufgaben des  
täglichen Lebens  
unterstützen,  
Bei sozialer  
Eingliederung helfen

Selbsthilfe  
unterstützen,  
Zugang zu Peer-  
Beratung  
Psychoedukation  
Gesundheitsberatung

# Gemeindepsychiatrisches Team in Bremerhaven



## Mögliche Angebote



Ambulante Behandlung  
zu Hause



Krisendienst



Bezugsperson



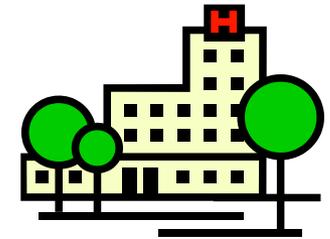
Nachtcafé



Tagesangebot



Krisenbett



Begleitung **während** und  
**nach** stationärer Behandlung

Amb. Psych. Pflege  
Amb. Soziotherapie



Psychotherapeutische  
Gespräche



Einbezug von Angehörigen  
und wichtigen Personen



Genesungsplanung



Peer- Beratung  
Recovery-Gruppen  
Psychoedukation

# BERATUNG



Fragen ? !



## **ANHANG III – Workshop „Psychische Krise – passende Angebote in Bremerhaven“ am 14.04.2015**

## Workshop „Psychische Krise – passende Angebote in Bremerhaven“ am 14.04.2015

10:00-15:00, Zentrum seelische Gesundheit Bremerhaven

Dies ist die Dokumentation der Ergebnisse des zweiten Workshops „Psychische Krise – passende Angebote in Bremerhaven“ am 14.04.2015.

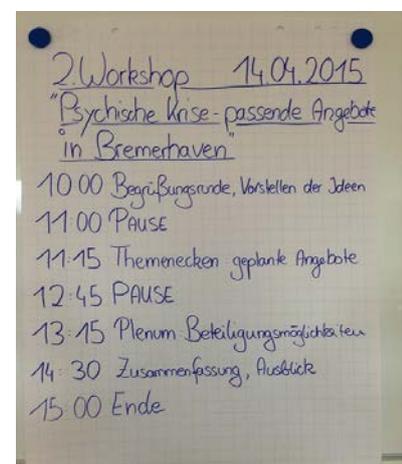
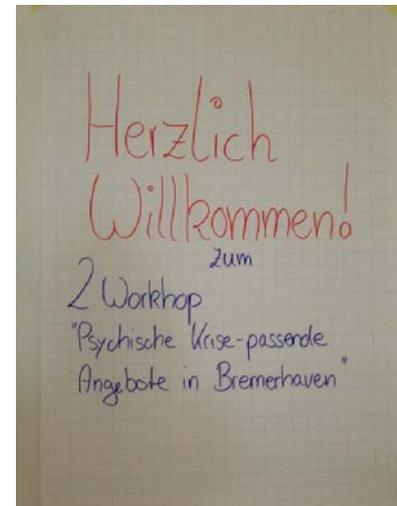
Die Teilnehmer kamen diesmal erneut zahlreich und aus noch unterschiedlicheren Bereichen als beim ersten Workshop. Anwesend waren:

- 17 Psychiatrieerfahrene
- 8 Angehörige (hiervon auch mehrere mit Psychiatrie-Erfahrung)
- 4 professionell Tätige
- 4 Projektmitglieder

Zunächst begrüßten Frau Bronowicki (Projektleiterin) und Herr Tietje (Diakonisches Werk Arche und Projektbeteiligter) die Anwesenden. Sie stellten den Zweck des Workshops vor: Die erarbeiteten Ideen des Projekts Bremerhaven sollten durch die Teilnehmer überprüft und ergänzt werden. Haupt-Themen waren: die geplanten Angebote des Gemeinpsychiatrischen Teams und die Beteiligungsmöglichkeiten für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige.

Zu Beginn wurden die geplanten Angebote durch Frau Bronowicki und Herrn Tietje vorgestellt. Die Präsentation ist im Anhang zu finden.

Nun ging es an die Arbeit: Im Vormittag wurden die geplanten Angebote in Themenecken miteinander besprochen: „Sind die Überlegungen des Projekts so richtig?“ „Müssen sie an manchen Stellen vielleicht noch verändert werden?“ „Was fehlt noch?“ und vieles mehr wurde hier miteinander diskutiert.



Folgende geplante Angebote wurden durch die Teilnehmer überprüft:

- Hilfe in Krisen
- Tagesangebot
- Behandlung zuhause
- Nachtcafé
- Beschwerdestelle

Vier Gruppen mit 5 – 9 Personen besuchten jede einzelne Themenecke für ca. 15 Minuten.

Im Nachmittag ging es um das Thema der Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen bei zentralen Entscheidungen. Das wurde in der großen Runde miteinander besprochen.

Im Themenspeicher wurden weitere wichtige Themen, die im Laufe des Workshops aufkamen, schriftlich festgehalten. So wurde kein wichtiges Thema übersehen.



# 1) ERGEBNISSE DER THEMENECKEN

In den Themenecken notierten die Gruppen Ihre Anmerkungen. Diese Anmerkungen können sehr unterschiedlich sein. Es gibt zu den Themen nicht „die eine Meinung“ der Psychiatrie-Erfahrenen / Angehörigen, sondern viele verschiedene Sichtweisen. Diese werden in diesem Bericht vollständig und ohne Kommentar wieder gegeben.

Jede einzelne Anmerkung ist für das Projekt wichtig und wird im Laufe der Überarbeitungen mit bedacht.

Auf den Fotos in der rechten Spalte sind alle Anmerkungen sichtbar. Für diesen Bericht sind sie ein wenig zusammengefasst und beschrieben worden.

## THEMENECKE 1:

### HILFEN IN KRISEN

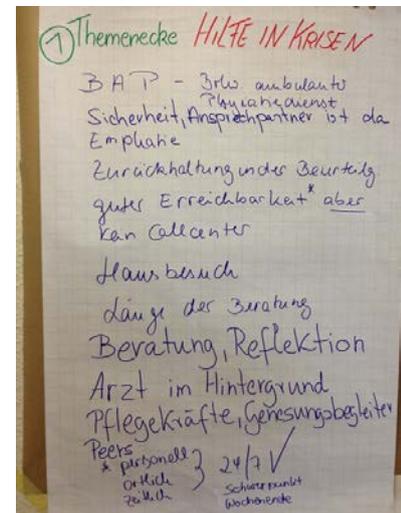
Es gibt einen Krisendienst / Krisentelefon im Rahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (zurzeit nur für die Patienten), welcher grundsätzlich auch nachts erreichbar ist. Dieser könnte evtl. für das Projekt mit genutzt werden.

Dass der Krisendienst als Ansprechpartner im Hintergrund da ist, ist wichtig und gibt Sicherheit.

Beim Krisendienst tätig sein könnten: Ärzte, Pflegekräfte, Genesungsbegleiter, Peers (Menschen mit eigener Erfahrung mit psychischer Erkrankung). Die Mitarbeiter sollten Empathie mitbringen und die Situation / den Patienten nicht beurteilen.

Eine gute Erreichbarkeit (personell, örtlich, zeitlich) ist wichtig, aber der Telefondienst sollte nicht unpersönlich wie im Callcenter sein.

Die Krisenbetten sollten sich nicht in der Klinik befinden.



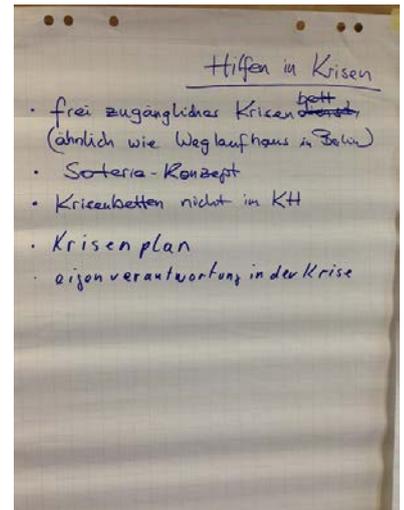
Das Krisenbett sollte frei nutzbar und einfach zugänglich sein (ähnlich wie im Weglaufhaus in Berlin) ohne umständliche Anmeldung oder ähnliches.

Die Hilfe könnte sich am Soteria-Konzept orientieren (keine Medikamente, eigener Raum in Krisen mit Begleitung im Hintergrund wenn gewünscht).

Es ist wichtig, dass rechtzeitig ein persönlicher Krisenplan mit und für den einzelnen Patienten erarbeitet wird. Hierdurch können Krisen besser aus eigener Kraft bewältigt werden.

Ein Hausbesuch durch den Krisendienst sollte möglich sein und auch eine längere, umfangreiche Beratung (beim behandelnden Facharzt ist diese Beratung oft zu kurz).

Die Eigenverantwortung im Umgang mit einer Krise sollte beachtet werden: der Mensch in einer Krise weiß oft selbst sehr gut, was er braucht. Er sollte sich eigenständig die geeignete Krisen-Hilfe suchen - soweit es geht. Der Krisendienst muss nach dieser Sicht daher nicht ein „Rund-um-Paket“ anbieten (z.B. muss er nicht immer erreichbar sein, er muss nicht immer aufsuchend arbeiten).



## THEMENECKE 2: TAGESANGEBOT

### Erreichbarkeit des Angebots:

Kostengünstige Fahrtmöglichkeiten sind wichtig, um das Tagesangebot nutzen zu können.

Es könnte vor Ort, d.h. wohnortnah in mehreren Stadtteilen vorhanden sein.

Wenn man schwer erkrankt ist, ist die Begleitung zum Angebot und evtl. während des Besuchs des Angebots hilfreich.

### Zeiten:

Öffnungszeiten zwischen 06:00 - 22:00.

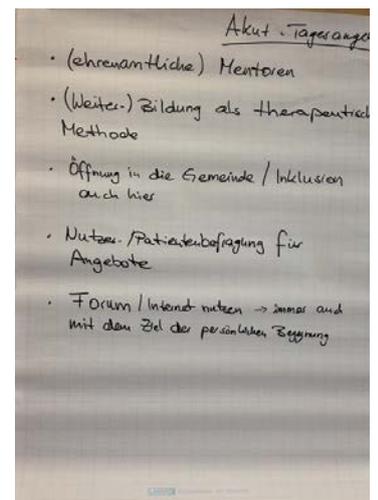
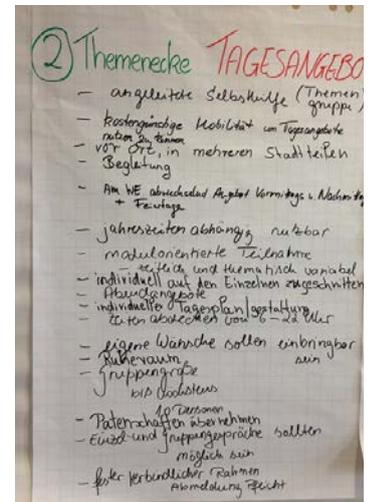
Abendangebote sind wichtig. Besonders in den Abendstunden fehlen bislang Angebote.

Das Tagesangebot sollte auch am Wochenende und an den Feiertagen geöffnet sein (auch kürzere Zeiten z.B. für 2 Stunden würden hier bereits ausreichen). Das Wort „Wochenende“ könnte man eigentlich streichen, weil eine psychische Erkrankung kein „Wochenende“ kennt.

### Inhalte des Angebots:

Zur Gestaltung des Angebots hatten die Teilnehmer viele Ideen: Das Angebot könnte

- für den Einzelnen variabel sein: z.B. bezogen auf die Uhrzeit und auch bezogen auf die Inhalte, es wäre dann individuell auf den Einzelnen zugeschnitten, mit einem individuellen Tagesplan.
- Es könnte jahreszeitenabhängig unterschiedlich nutzbar sein,
- es könnte sich in Module aufteilen (für spezielle Themen, Therapiearten, Aktivitäten etc.),



Auch wenn die Individualität des Angebots sinnvoll ist, wird auch ein fester Rahmen geschätzt, Abmeldung sollte zum Beispiel Pflicht sein.

„Erfahrene“ Teilnehmer könnten Patenschaften für neue Teilnehmer übernehmen.

Das Angebot sollte sich deutlich mit den Angeboten und Strukturen in der Gemeinde Bremerhaven / in dem jeweiligen Stadtteil vernetzen, um Inklusion (keine Ausgrenzung) auch hier zu unterstützen.

Hierzu würden auch Bildungsangebote in Kooperation mit vorhandenen Einrichtungen wie zum Beispiel der Volkshochschule passen. Hierdurch werden die Interessen der Besucher genutzt und einer Passivität wird vorgebeugt. Die Zeit könnte der persönlichen Weiterentwicklung dienen.

Ein Ruheraum als Rückzugsmöglichkeit ist wichtig.

Sowohl Einzel- als auch und Gruppengespräche sind hilfreich.

Gruppengröße: bis höchstens 10 Personen

Für die Frage, welche Inhalte / Aktivitäten / Therapien beim Tagesangebot sinnvoll sind, könnte eine Patientenbefragung durchgeführt werden.

Das Internet könnte stärker genutzt werden, zum Beispiel für Informationen und Austausch untereinander. Ziel ist hier aber immer die persönliche Begegnung, diese kann nicht ersetzt werden.

## THEMENECKE 3: BEHANDLUNG ZUHAUSE

Voraussetzung: für die Behandlung zuhause ist immer die Freiwilligkeit. Denn manche Nutzer wünschen keine Behandlung in den eigenen vier Wänden aus verschiedensten Gründen. Der Patient soll selbst bestimmen dürfen, wer ihn behandelt.

Es muss verbindliche Vereinbarungen geben zu den Besuchszeitpunkten und zu den Inhalten.

Wichtig ist auch ein fester Ansprechpartner (Lotse) bei der Begleitung zuhause. Es darf nicht zu viele Wechsel bei den Mitarbeitern geben.

Die Behandler müssen die Schweigepflicht einhalten und Vertraulichkeit garantieren.

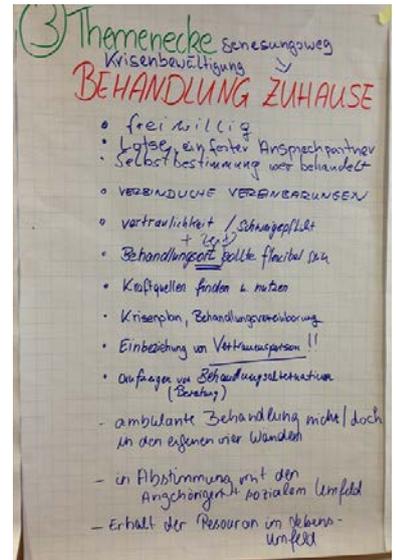
Ort und Zeit der Behandlung sollte flexibel sein. Ein Treffen sollte auch außerhalb der eigenen vier Wände möglich sein.

Behandlungsalternativen sollten regelmäßig miteinander besprochen werden.

### In Krisensituationen zuhause:

Ein Krisenplan sollte rechtzeitig mit den Mitarbeitern erarbeitet werden. Auch persönliche Kraftquellen können hier eine Rolle spielen.

Es ist wichtig, Vertrauenspersonen des Patienten mit einzubeziehen, die im Krisenfall kontaktiert werden können bzw. auch Krisen selbst melden können (Familienmitglieder, Nachbarn, Freunde etc).



## THEMENECKE 4: NACHTCAFÉ

### Zeiten:

Zu den Öffnungszeiten des Nachtcafés gibt es ganz unterschiedliche Vorstellungen der Teilnehmer: 22:00 – 02:00 oder 22:00 – 07:00 oder in den späten Abendstunden.

Die Öffnungszeiten könnten an den Bedarf angepasst werden, bei Start des Nachtcafés sollte der Bedarf erhoben / erfragt werden.

Ort: zentrale Lage, evtl. in mehreren Stadtteilen, gut erreichbar mit öffentlichen Verkehrsmitteln (auch spätabends).

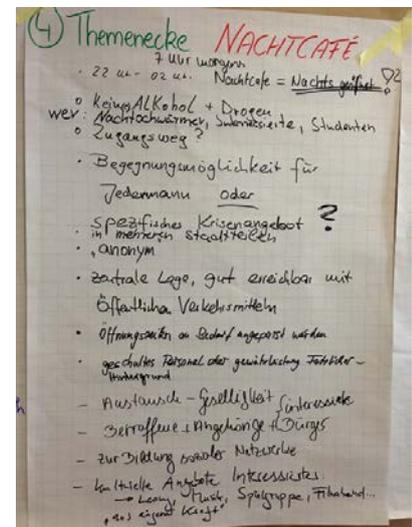
Das Angebot könnte hauptsächlich dem Austausch unter Psychiatrie-Erfahrenen / Angehörigen und der Geselligkeit dienen. Aber auch für weitere interessierte Bürger sollte es offen sein. Hierdurch können soziale Netzwerke geschaffen werden. Der Besuch des Nachtcafés sollte „anonym“ möglich sein, also ohne „Registrierung“, Anmeldung oder ähnlichem.

Wer könnte das Angebot mit gestalten? „Nachtschwärmer“, Interessierte, Studenten.

Die Teilnehmer könnten zum Beispiel kulturelle Aktivitäten durchführen: zum Beispiel Lesungen, Musik, Spielgruppen, Filmabend etc... Aus eigener Kraft und Initiative kann das Angebot gestaltet werden.

Es stellt sich einigen Teilnehmern die Frage, ob das Nachtcafé hauptsächlich eine Krisen-Anlaufstelle ist oder eine Begegnungsmöglichkeit für Jedermann?

Ein telefonischer Krisendienst mit geschultem Personal sollte immer im Hintergrund verfügbar sein. Er kann dann immer gerufen werden, wenn ein Besucher des Nachtcafés in eine Krise kommt oder auch bei schwer lösbaren Problemen im Umgang miteinander.



Nicht erlaubt sollen sein: der Konsum von Alkohol und Drogen, stark alkoholisierte / unter Drogen stehende Personen dürfen nicht Besucher sein.

## THEMENECKE 5: BESCHWERDESTELLE

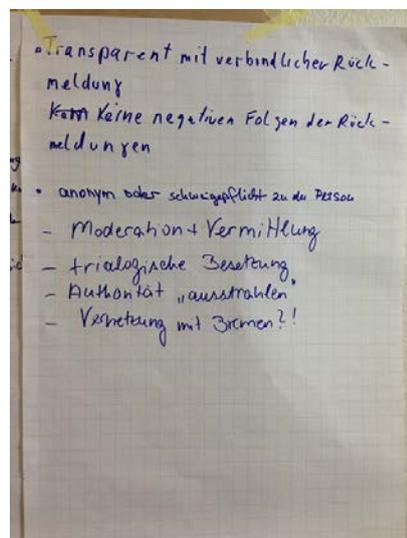
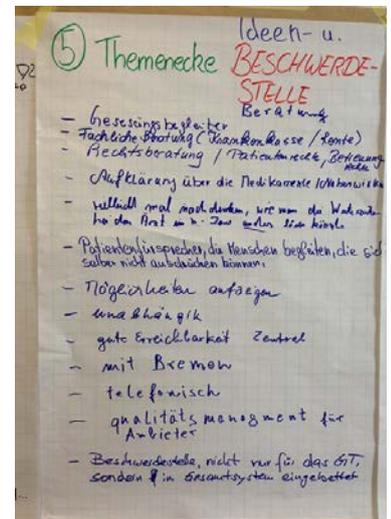
Die Beschwerdestelle könnte umbenannt werden in „Ideen- und Beschwerdestelle“ / „Beratungsstelle“.

Die Beschwerdestelle könnte auch Beratung anbieten, zum Beispiel Rechtsberatung bzgl. Patientenrechte, Betreuungsrechte, zum Anspruch auf Leistungen (Krankenkasse, Rente). Auch über Medikamente und ihre Nebenwirkungen könnte hier aufgeklärt und beraten werden.

Die Stelle sollte unabhängig sein (nicht zu einem speziellen Angebot gehören) und auch für alle Angebote in Bremerhaven ausgerichtet sein, nicht nur für die Angebote des Gemeindepsychiatrischen Teams.

Die Aufgabe der Stelle könnte hauptsächlich Moderation und Vermittlung bei Problemen sein zwischen Psychiatrie-Erfahrenen / Angehörigen und den Angeboten in Bremerhaven. Sie soll stark in ihren Entscheidungen sein und eine gewisse Autorität ausstrahlen. Beschwerden sollten immer an die Anbieter rückgemeldet werden und mit deren Qualitätsmanagement verbunden sein. Eine verbindliche Rückmeldung zum Umgang mit der Beschwerde / zur Lösung des Problems muss unbedingt gegeben werden. Auch darf der Beschwerdende keine negativen Folgen durch seine Beschwerde erleben. Beschwerden müssen auch anonym möglich sein und die Mitarbeiter müssen die Schweigepflicht einhalten.

Mitarbeiter: trialogische Besetzung (Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige, Mitarbeiter). Evtl. könnte zusätzlich jemand eingesetzt werden, der außenstehend ist und nichts mit dem Bereich Psychiatrie zu tun hat. Genesungsbegleiter und Patientenfürsprecher (die Menschen begleiten, die sich selber



nicht ausdrücken können) könnten die Aufgabe gut ausfüllen.

Die Stelle sollte zentral gelegen und gut erreichbar sein, auch telefonisch.

Die Beschwerdestelle in Bremerhaven könnte sich mit einer entstehenden Beschwerdestelle in Bremen Stadt vernetzen.

## 2) BETEILIGUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR PSYCHIATRIE-ERFAHRENE UND ANGEHÖRIGE

Im Nachmittag wurde in der großen Runde im Plenum die Frage gestellt, wie sich die Teilnehmer eine Beteiligung bei entscheidenden Fragen des Projekts vorstellen können. Fühlen Sie sich zum Beispiel durch einen „Vertreter“ der Psychiatrie-Erfahrenen/Angehörigen in wichtigen Gremien ausreichend beteiligt und sehen sie dort ihre Interessen vertreten?

Die Meinungen sind sehr verschieden:

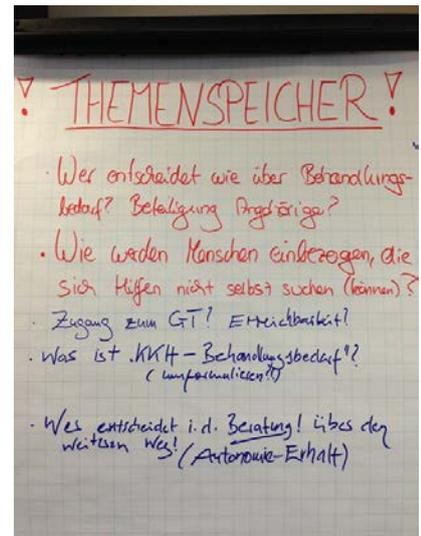
- Manche Nutzer sagen: *„ich kann nur für mich selbst sprechen und niemanden vertreten“* oder: *„ich weiß nicht, ob diejenige Person auch tatsächlich meine Interessen vertritt“*. Daher kann aus Sicht dieser Teilnehmer jeder nur für sich selbst sprechen. Die Transparenz über die aktuellen Themen und Entscheidungen ist daher wichtig. Dann ist man informiert und kann sich auch einbringen, wenn man widersprechen oder etwas anmerken möchte.
- Andere Teilnehmer sagen: *„wenn derjenige von einem großen Kreis von Psychiatrie-Erfahrenen / Angehörigen gewählt wird, könnte er mich auch vertreten“*. Derjenige sollte unbedingt einen engen Kontakt zu vielen Psychiatrie-Erfahrenen / Angehörigen halten. Er sollte sie regelmäßig informieren und die Meinungen vieler Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen einholen.
- Andere Teilnehmer finden regelmäßige Treffen von und für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige wichtig, um sich gut beteiligt zu fühlen.

Das Projekt Bremerhaven wird in der weiteren Arbeit diese unterschiedlichen Sichtweisen und Bedürfnisse mit bedenken. Es ist wichtig, dass verschiedene Formen der Beteiligung gefunden werden.

### 3) THEMENSPEICHER:

Im Themenspeicher wurden folgende Themen festgehalten:

- Wie können Menschen erreicht werden, die sich Hilfen nicht selbst suchen (können)? Manche Menschen benötigen Hilfe, sehen dies aber selbst nicht so oder haben Probleme, sich Hilfen zu suchen. Wie kann das Gemeindepsychiatrische Team diese Menschen erreichen?
- Wer entscheidet über den Behandlungsbedarf? Wer entscheidet in der Beratung (!) über den weiteren Weg? Auch hier sollte die Autonomie des Patienten erhalten bleiben.
- Was bedeutet "Krankenhaus-Behandlungsbedarf"?
- Zugang zum GT? Erreichbarkeit?



### 4) AUSBLICK:

Die Planungsphase des Projekts Bremerhaven wird am 30.06.2015 beendet sein. Bis zu diesem Zeitpunkt werden die wichtigsten Inhalte erarbeitet sein. Die Ergebnisse des Workshops spielen hierbei auch eine wichtige Rolle.

Im Juli wird eine Entscheidung getroffen, ob die erarbeiteten Ideen zu den psychiatrischen Angeboten und dem gesamten Modell auch tatsächlich Wirklichkeit werden.

Wenn dies der Fall ist, werden die Angebote ganz konkret geplant und aufgebaut. Dann werden die Anregungen durch den ersten und zweiten Workshop erneut hinzu gezogen.

Die Mitarbeit Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger beim Aufbau der neuen Angebote wird auch dann eine große Bedeutung haben und unverzichtbar sein.

# Workshop Psychische Krise – passende Angebote in Bremerhaven II

Ideen des Projekts  
zur Überprüfung

14.04.2015



PROJEKT:  
UMSETZUNGSPLANUNG BREMERHAVEN

Workshop mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen II 14.04.2015

Christina Bronowicki

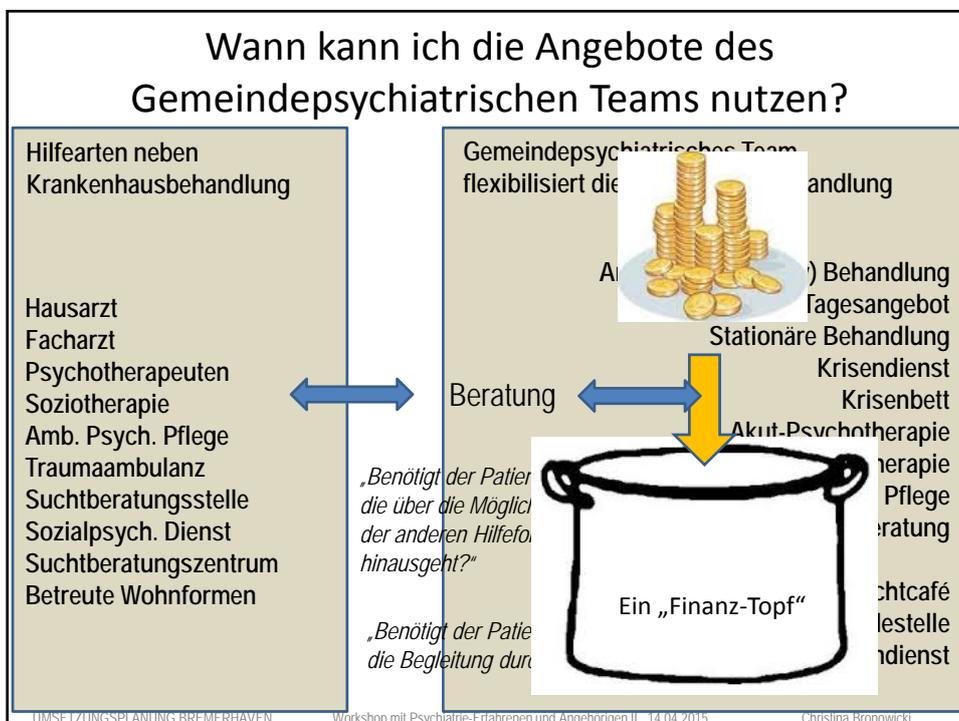
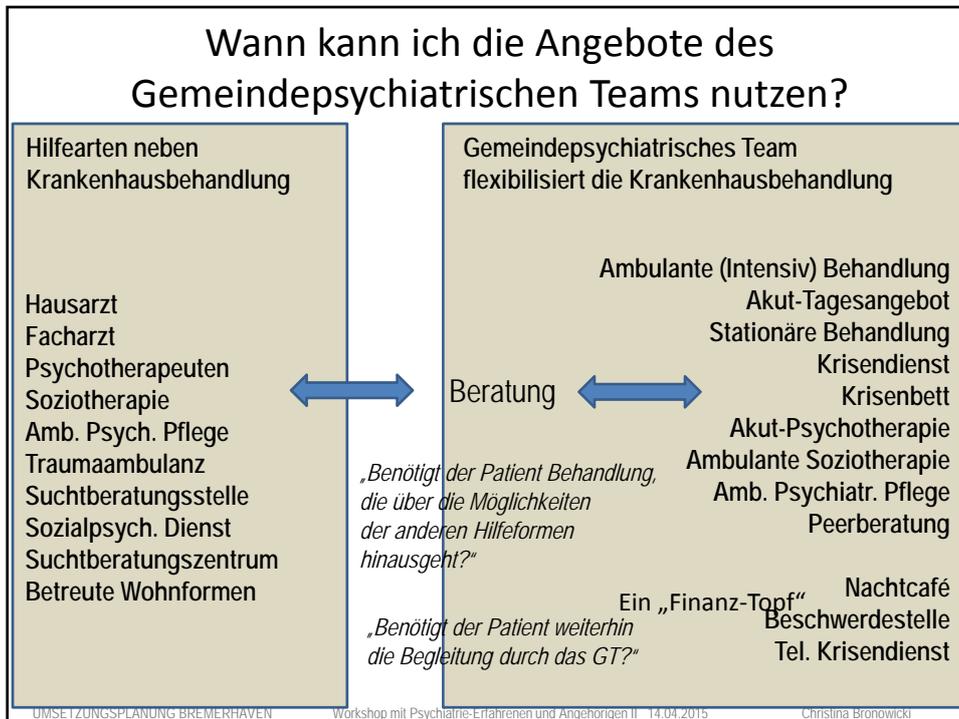
## Zweck des Gemeindepsychiatrischen Teams

- Krankenhausbehandlung und ambulante Hilfen verbinden
- Verschiedene Behandlungsangebote „zwischen“ zuhause und Krankenhaus anbieten
- Wahlmöglichkeiten auch in einer psychischen Krise zum Behandlungsort schaffen
- Stationäre Behandlung verhindern und verkürzen
  
- Kein Ersatz für die Behandlung durch Fachärzte, Psychotherapeuten, Soziotherapie etc.

PROJEKT:  
UMSETZUNGSPLANUNG BREMERHAVEN

Workshop mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen II 14.04.2015

Christina Bronowicki













## Merkmale der geplanten Angebote bei Projektstart

PROJEKT: UMSETZUNGSPLANUNG BREMERHAVEN      Workshop mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen II      14.04.2015      Christina Bronowicki

## Hilfe in Krisen

**Krisendienst**

Beratung, Vermittlung und Hilfe bei psychischen Krisen

Erreichbarkeit (neben Krisendienst SpsD):

|         |                          |
|---------|--------------------------|
| Mo – Do | ab 15 Uhr bis spätabends |
| Fr      | ab 14 Uhr bis spätabends |
| Sa / So | noch offen               |

**Krisenbett**

- Unterkunft als Alternative zur Krankenhausaufnahme
- hauptsächlich nachts, bei Bedarf auch tagsüber
- Vorhandene Kapazitäten werden genutzt



**telefonisch**



**aufsuchend**



**Anlaufstelle „Haus des GT“**



PROJEKT: UMSETZUNGSPLANUNG BREMERHAVEN      Workshop mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen II      14.04.2015      Christina Bronowicki

## Ambulante Behandlung zuhause

- Umfassende Behandlung auf allen Ebenen
- Intensivbehandlung auch zuhause möglich
- Kontaktaufnahme bereits während stationärem Aufenthalt
- Begleitung von Patienten nach Klinikaufenthalt
- Peer-Beratung
- Feste Bezugsperson / Ansprechpartner
- Einbezug von Angehörigen, behandelnden Ärzten und weiteren wichtigen Personen



### Wer?

Ärzte,  
Psychologen,  
Krankenpflege,  
Sozialarbeit,  
Genesungsbegleiter

### Wann?

Mo - So, 12 Std. am Tag



### Wo?



Zuhause / im Klinikum

PROJEKT:  
UMSETZUNGSPLANUNG BREMERHAVEN

Workshop mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen II 14.04.2015

Christina Bronowicki

## Akut-Tagesangebot im „Haus des GT“:

- Beratung und Hilfe in Krisen
- Diagnostik und Problemklärung
- Therapie durch multiprofessionelles Team
- Einzel- und Gruppentherapie
- Beschäftigungsorientierte Angebote (auch in der Gemeinde)
- Individuelle Gestaltung der Behandlung (Zeiten, Angebote)



### Wer?

Ärzte,  
Psychologen,  
Krankenpflege,  
Ergotherapie  
Sozialarbeit,  
Genesungsbegleiter

### Wann ?

Mo - So, morgens bis abends



### Wo ?

Im „Haus des GT“



PROJEKT:  
UMSETZUNGSPLANUNG BREMERHAVEN

Workshop mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen II 14.04.2015

Christina Bronowicki

# Stationäre Behandlung

Mögliche Situationen, in denen eine Krankenhausbehandlung notwendig ist:

- selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten
- extrem schwere Erkrankung
- Entscheidungsunfähigkeit
- fehlende Selbstbestimmung
- schwere Konfliktsituation in häuslicher Umgebung
- u.a.

## Wer?

Ärzte,  
Psychologen,  
Krankenpflege,  
Sozialarbeit,  
Ergotherapie,  
Genesungsbegleiter



Kontakt zum GT wird hier frühzeitig aufgebaut

Bei Besserung des Gesundheitszustandes kann frühzeitig zuhause weiter behandelt werden



## Wann?

7 Tage / Woche, 24 Std.

PROJEKT:  
UMSETZUNGSPLANUNG BREMERHAVEN

Workshop mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen II 14.04.2015

Christina Bronowicki

# Nachtcafé

- abendliche Anlaufstelle, lockerer Treff
- hauptsächlich gestaltet durch Psychiatrie-Erfahrene, Anwesenheit von „Profis“ nicht erforderlich
- Hintergrund: Krisendienst



## Wer?

Psychiatrie-Erfahrene,  
Angehörige,  
Genesungsbegleiter,  
Menschen mit Interesse  
an der Mitarbeit (auch  
Studenten, Praktikanten o.ä.)

## Wann ?

17:00 – 23:00



## Wo ?

Optionen:

ZsG, Boje, Buchtstraße, ...?

*Zentral? Wohnortnah? Kliniknah?*

PROJEKT:  
UMSETZUNGSPLANUNG BREMERHAVEN

Workshop mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen II 14.04.2015

Christina Bronowicki

# Akut-Psychotherapie

- In Situationen, bei denen eine zeitnahe psychotherapeutische Unterstützung hilfreich ist
- Kurzer Zeitraum, 5-6 Sitzungen



## Wer?

Psychotherapeuten des GT  
Niedergelassene Psychotherapeuten

## Wann ?



Bei Bedarf, 5-6 Sitzungen insg.

PROJEKT:

UMSETZUNGSPLANUNG BREMERHAVEN

Workshop mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen II 14.04.2015

Christina Bronowicki

# Beschwerdestelle & Qualitätssicherung / peer-Beratung

- Feste Sprechzeiten
- Mitarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen
- Unabhängig vom Gemeindepsychiatrischen Team
  
- Ansatz des Projekts: Einsatz von Genesungsbegleitern als Teil des Gemeindeps. Teams
- evtl. zusätzliche Sprechstunde als peer-Beratung

Wie kann die Beschwerdestelle / Qualitätssicherung ausgestaltet sein? -> Themenecken / Nachmittagsplenum

PROJEKT:

UMSETZUNGSPLANUNG BREMERHAVEN

Workshop mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen II 14.04.2015

Christina Bronowicki

## Amb. Soziotherapie / APP

- Soziotherapie und Amb. Psychiatrische Pflege können auch im GT genutzt werden

PROJEKT:  
UMSETZUNGSPLANUNG BREMERHAVEN      Workshop mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen II      14.04.2015      Christina Bronowicki

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

PROJEKT:  
UMSETZUNGSPLANUNG BREMERHAVEN      Workshop mit Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen II      14.04.2015      Christina Bronowicki