

## **„Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen – ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept!“ – Erster Bericht an die Deputation für Gesundheit am 20.03.2014**

Der Senator für Gesundheit berichtet der Deputation für Gesundheit im Folgenden über den Stand der Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen und legt im Rahmen des Auftrags der Bremischen Bürgerschaft an den Senat, ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept für 2013 bis 2021 zu entwickeln<sup>1</sup> (im Folgenden „Bürgerschaftsbeschluss“), ein erstes Teilkonzept für die Phase 2014/15 einschließlich Zielperspektiven für die weitere mittelfristige Entwicklung vor.

Der Senator für Gesundheit hält es angesichts der aktuellen vielfältigen Bewegungen in der bundesdeutschen Psychiatriepolitik für sinnvoll, eine – mit der kontinuierlichen Berichterstattung an die Deputation verbundene – phasenbezogene Konzeptualisierung für die Weiterentwicklung der Bremer Psychiatrie<sup>2</sup> zu verfolgen. Aus Sicht des Senators für Gesundheit ermöglicht ein solches Modell - eher als die Vorlage eines heute abgeschlossenes Konzepts für die Jahre 2013 bis 2021 -, jeweils aktuelle Impulse und Entwicklungen angemessen aufzugreifen, zu bewerten und damit den etablierten public health-Prinzipien von Planung, Durchführung, Evaluation und Reflexion zu folgen. Die folgenden Berichte werden also jeweils – unter Berücksichtigung der im Bürgerschaftsbeschluss aufgeführten Themenfelder unter a) bis f) - sowohl neue, im ersten Bericht nicht oder nur ansatzweise fokussierte Themen, als auch Aspekte der vorangegangenen Berichte aufgreifen, dabei den aktuellen Stand der Weiterentwicklung darstellen und die zu diesem Zeitpunkt anstehenden Schritte in die Zukunft skizzieren.

Im vorliegenden ersten Bericht an die Deputation wird – in unterschiedlicher Differenziertheit - Bezug genommen auf folgende Themenbereiche:

- Sektor- und kostenträgerübergreifende Versorgung mit Orientierung auf den Sozialraum: Auf- und Ausbau der regionalen Kooperationsstrukturen (Aufbau von „Gemeindepsychiatrischen Verbänden“, s. unter 1.a und 1.d im Bürgerschaftsbeschluss);
- Erprobung von Regionalbudgets (s. 1.b im Bürgerschaftsbeschluss);
- Einbeziehung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen (s. 1.c, 1.e).

### **1. Aktuelle Problem- und Handlungsfelder der nächsten Jahre**

Was die Analyse der Problem- und Handlungsfelder der psychiatrischen Versorgung betrifft, verweist der Senator für Gesundheit auf den Landespsychiatrieplan 2010<sup>3</sup>, Kapitel 1, Psychiatriepolitische Leitgedanken, die nach wie vor aktuell sind.

An dieser Stelle sei noch einmal auf einige der dort skizzierten drängendsten Probleme hingewiesen:

---

<sup>1</sup> Beschluss der Bürgerschaft in ihrer 37. Sitzung am 13.03.2013, TOP 4, Antrag der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen vom 6. Dezember 2012, Drs. 18/685.

<sup>2</sup> Hier und im Folgenden ist mit dem Begriff Psychiatrie bzw. psychiatrisches Versorgungssystem i.d.R. auch der Bereich Sucht bzw. das Suchtkrankenhilfesystem mit umfasst.

<sup>3</sup> Beschluss der Deputation für Arbeit und Gesundheit im August 2010 (Drs. 340/10)

## **Mangel an sektor- und sozialgesetzbuchübergreifenden Strukturen**

Bekanntermaßen ist das Hilfesystem in Deutschland, insbesondere das Gesundheitswesen, von Zergliederung und Fragmentierung geprägt - Folge der Aufspaltung der gesetzlichen Grundlagen, der Kostenträgerschaft und der administrativen Steuerung in diverse Bereiche und Sozialgesetzbücher. Im Bereich der psychiatrischen Versorgung stellt die starke Trennung zwischen den Sektoren ambulant und stationär mit sektoral getrennten Budgets sowie die sich unabhängig davon entwickelnden steuerfinanzierten Hilfesysteme insbesondere nach SGB XII eines der größten Hürden für eine einheitliche Versorgung „aus einem Guss“ dar. So erschweren die Vielzahl der Kostenträger – Gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherung, Sozialleistungsträger - und auch die Vielzahl der verschiedenen Leistungsangebote zum einen bedarfsorientierte, therapeutisch sinnvolle Übergänge zwischen Behandlungs- und Betreuungsformen, zum anderen aber auch eine ökonomische Gesamtbetrachtung von Ressourcen und Inanspruchnahme, da die Fallbetrachtung bei jedem Kostenträger gesondert stattfindet. Für die Gruppe Menschen mit psychischen Erkrankungen, die ihre Krankheit in unterschiedlichen Intensitäten und Phasen mit dementsprechend wechselnden Hilfebedarfen durchleben, deren Behandlungsepisoden häufig lang und rezidivierend sind und für die der Behandlungserfolg in ganz besonderer Weise mit der Kontinuität der therapeutischen Beziehungen verbunden ist, ist das Primat der Versorgung „aus einer Hand“ aber in besonderem Maße geboten. Denn bisher haben die fragmentierten Strukturen für viele dieser Patientinnen und Patienten nicht nur zu Intransparenz und erschwerem Zugang zu den Hilfesystemen geführt, sondern auch zu Brüchen in der Versorgung sowie langwierigen und gleichzeitig ineffizienten Behandlungsprozessen bis hin zur „Drehtürpsychiatrie“. Obwohl in den letzten Jahren verschiedene Modelle für flexiblere und integrative Versorgungsformen in der Psychiatrie entwickelt und ausdifferenziert wurden, konnte die beschriebene Strukturproblematik bisher nicht grundsätzlich und in der Fläche überwunden werden. Auch für das Land Bremen gilt nach wie vor, dass die Hilfesysteme noch zu wenig in einem kooperativ aufeinander bezogenen Verbundsystem zusammengeführt sind; dies gelingt auch zukünftig – unter den beschriebenen strukturellen Voraussetzungen der Fragmentiertheit – vermutlich nur näherungsweise, stellt jedoch für die Leistungserbringer eine permanente Herausforderung zur Optimierung dar.

## **Orientierung am „Krankenhausbett“ - Bettenausbau anstelle Bettenabbau**

Die psychiatrische Versorgung in Deutschland und auch in Bremen ist – entgegen der Intentionen der Psychiatrie-Enquête - nach wie vor noch bzw. wieder zu stark am „Krankenhausbett“ orientiert. So dokumentieren die Daten inzwischen erneut ein Ansteigen der teil- und vollstationären Krankenhausbetten in Deutschland. Das Land Bremen hat nach wie vor eine der höchsten Bettenmessziffern in Deutschland. Der Senator für Gesundheit wird sich in 2014/15 gezielt dafür einsetzen, dass die psychiatrischen Kliniken ihre Leistungsangebote noch stärker ambulant ausrichten und vollstationäre Betten ab- statt ausbauen.

## **Spezialisierung in der Krankenhaus-Psychiatrie**

Der im Begriff befindliche Bettenausbau in der stationären Psychiatrie in Deutschland und in Bremen geht u.a. zurück auf die Tendenz zum Ausbau spezialisierter Behandlungskonzepte. Im Zuge der allgemein verbreiteten Einnahmerückgänge von Krankenhäusern sind letztere

verstärkt bestrebt, lukrative Bereiche auszubauen. Im Bereich Psychiatrie wird insbesondere in den Ausbau von Spezialstationen investiert, die eine qualitativ hochwertigere und eher kostenintensivere Versorgung für ausgewählte diagnosegleiche Patientengruppen vorsehen. Ein Beispiel dafür stellt der Ausbau von Depressionsstationen dar. Z.T. wird mit einer spezialisierten Versorgung einer Selektion der leichter erkrankten und daher erfolgreich bzw. kürzer therapierbaren Patientinnen und Patienten Vorschub geleistet. Für die Zielgruppe hingegen, die gemäß der ersten Psychiatriereform Messlatte für gute psychiatrische Versorgung sein sollte, nämlich Menschen mit schweren akuten oder chronischen Erkrankungen, verschlechtern sich häufig der Zugang, die verfügbaren Ressourcen und die Behandlungsqualität. Damit wird tendenziell einer „Zweiklassen-Psychiatrie“ Vorschub geleistet, die in den vergangenen Jahren bereits durch die Auseinanderentwicklung der qualitativ hochwertig ausgestatteten Psychosomatischen Rehabilitationskliniken einerseits und den zunehmend defizitärer ausgestatteten klassischen (Akut-) Stationen der „Normalpsychiatrie“ andererseits deutlich wurde. Negativ verstärkt werden diese Entwicklungen durch Personalmangel infolge der weit verbreiteten Nichteinhaltung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV). Spezialisierung wird aus fachlicher Seite unterschiedlich bewertet; sie kann in einzelnen Bereichen ggf. sinnvoll sein, aus versorgungspolitischer Sicht sollte jedoch ausschließlich der Bedarf der Patientinnen und Patienten und nicht ökonomische Zweckrationalität handlungsleitend sein; insbesondere darf ihr Ausbau nicht zu Lasten der Versorgung der Patientengruppe mit dem größten Hilfebedarf erfolgen.

### **Institutionalisierung statt Normalisierung**

Der Senator für Gesundheit stimmt mit der – dem o.g. Bürgerschaftsbeschluss implizit zugrunde liegenden und von relevanten Fachgesellschaften und Verbänden geteilten – Überzeugung überein, dass die ursprünglichen Intentionen der ersten Psychiatriereform, beginnend mit der Enquête im Deutschen Bundestag im Jahr 1975, bis dato in Deutschland und auch in Bremen noch nicht umfassend realisiert sind. So konnte zwar die Verwahropsychiatrie in Großeinrichtungen am Rand der Städte beendet werden zugunsten der „Re-Habitation“ in eigenem, z.T. betreuten Wohnraum oder in kleineren Heimen in den Kommunen. Jedoch ist statt dessen heute in den Gemeinden ein System der vielfältigen institutionalisierten Versorgung quasi „von der Wiege bis zu Bahre“ für Menschen mit psychischen Erkrankungen entstanden, das tendenziell alle Lebensbereiche und –vollzüge umfasst, vom Bereich Wohnen und häuslicher Betreuung/Behandlung (Betreutes Wohnen, Heimwohnen, Ambulante Psychiatrische Pflege, Soziotherapie) über den Bereich Arbeit (Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), Ein-Euro-Jobs etc.) oder Beschäftigung (Tagesstätten) bis hin zur organisierten Freizeitgestaltung. Damit hat sich eine neue allumfassende Form des institutionell „betreuten Lebens“ ausgebildet, das – entgegen seiner Intention - soziale und berufliche Reintegration und Teilhabe im Sinne der Inklusion teilweise erschwert.

Zum anderen ist kritisch zu bewerten, dass die vielfältigen Hilfe-Angebote ungenügend untereinander verzahnt und aufeinander bezogen sind. Auf dem „Markt der Psychiatrie-Dienstleistungen“ herrscht – systembedingt – konkurrierendes, gewinnorientiertes Expansionsbestreben, das das Zusammenwachsen eines flexiblen, untereinander kommunizierenden und allein am individuellen Bedarf des Klienten orientierten Gesamtsystems verhindert. Die mit der Reform originär intendierte und auch heute fachlich angestrebte „personenorientierte Behandlung“ von Patientinnen und Patienten – optimal in Form eines über alle Versorgungsebenen und –formen hinweg konstanten persönlichen Bezugsbetreuers – wird durch

eine solche von Wettbewerbsinteressen der Träger dominierte „institutionenorientierte Behandlung“ stark erschwert. In der Praxis bedeutet das, dass Patientinnen und Patienten nicht die Hilfen erhalten, die sie aktuell benötigen, sondern die Angebote, die der Träger, der sie zuerst als „Kunde“ gewinnen konnte, vorhält. Darüber hinaus fehlt einem wettbewerblich organisierten Versorgungssystem der Anreiz, den Versorgungsaufwand, entsprechend den Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten, allmählich zu reduzieren und Patientinnen und Patienten aus der Betreuung in die Selbstversorgung und „Normalität“ zu entlassen. Ein solches System gewinnt am Kranksein seiner Patientinnen und Patienten und verliert an ihrer Gesundheit.

### **Qualitätssicherung in der Psychiatrie**

Qualitätssicherung in der Psychiatrie ist nach wie vor noch wenig ausgereift. Ihr Ziel muss es sein, den Nutzen verschiedener Maßnahmen für Patientinnen und Patienten im Verlauf längerer Zeiträume vergleichend zu bewerten. Der Patienten-Nutzen könnte an Indikatoren wie Lebensqualität, gewonnenen Lebensjahren ohne bzw. mit weniger Beeinträchtigungen, Aktivität, Selbständigkeit, Partizipation u.ä. gemessen werden. Langfristig ist anzustreben, die bereits etablierten Qualitätssicherungs- und Dokumentationssystematiken der Träger psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung in Bremen zu vereinheitlichen und konkrete und verbindliche Zielparameter zur Bewertung der gesamten Versorgungsqualität zu vereinbaren. Hierfür sind ggf. im Zusammenhang mit psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgungsforschung wissenschaftsnahe Strukturen zu nutzen oder zu entwickeln, die überinstitutionell die Aufgabe ‚Qualitätssicherung in Psychiatrie und Psychotherapie‘ für das Land Bremen vorantreiben.

Zwischenzeitlich hat eine Arbeitsgruppe des Landespsychiatrieausschusses an der Entwicklung von Zielvorgaben für Qualität und Qualitätsentwicklung gearbeitet. Diese Vorarbeiten stellen eine Basis für die Weiterentwicklung einer patientenorientierten Qualitätssicherung dar und können von den Leistungserbringern für ihren internen Qualitätssicherungsdiskurs und als Ausgangspunkt für zukünftige wissenschaftlich gestützte Versorgungsforschung genutzt werden. (Siehe hier auch unter 2.1.c.)

Seit einigen Jahren setzt sich außerdem eine Arbeitsgruppe Gender in der Psychiatrie für Geschlechtergerechtigkeit in der psychiatrischen Versorgung im Land Bremen ein. In diesem Rahmen wurden Leitlinien entwickelt; diverse laufende Aktivitäten beziehen sich auf Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Versorgungseinrichtungen für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen sowie Sensibilisierung der (Fach-) Öffentlichkeit.

## 2. Weiterentwicklung der Psychiatrie 2014/2015

### Rückblick auf die Jahre 2011 bis 2013

Mit der Verabschiedung des **Landespsychiatrieplan 2010** wurden in Form psychiatriepolitischer Leitgedanken eine Bestandsaufnahme und Bewertung der aktuellen Situation einschließlich Vorlage von Handlungsempfehlungen vorgelegt.

Auf diesem Hintergrund hat der **Landespsychiatrie-Ausschuss** gemäß gesetzlicher Vorgabe des Gesetzes über Hilfe- und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) den Senator für Gesundheit mehrfach beraten. Dies geschah u.a. durch Einsetzung von drei themenbezogenen Arbeitsgruppen in 2011, die – gestützt auf eine aktive Beteiligung aller relevanten Leistungserbringer und Akteure der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung - Ende 2013 ihre Ergebnisse in Form von konsentierten Empfehlungen dem Landespsychiatrie-Ausschuss und dem Senator für Gesundheit präsentiert haben. Die Empfehlungen beziehen sich auf folgende fachliche Schwerpunktthemen:

- a) **Einzelfallbezogene Kooperation.** Hier wurden auf einer konkreten, unmittelbar umsetzbaren Ebene Vorschläge für Kommunikation und Kooperation der an einem Fall beteiligten Leistungserbringer formuliert, z.B. bzgl. Klinikeinweisung und –entlassung oder Überleitung in ein Wohnheim, bzgl. Beurlaubungen im Betreuten Wohnen, bzgl. Einbeziehung der Patientinnen und Patienten bei der Formulierung der Entlassungsberichte, bzgl. der Einbeziehung von niedergelassenen Nervenärztinnen und -ärzten und Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Fallbesprechungen und –konferenzen u.ä..
- b) **Integration, Kooperation, Steuerung auf übergeordneter (Landes-) Ebene.** Nach Sichtung und Analyse verschiedener, in Deutschland praktizierter Modelle der integrierten Versorgung und von Psychriatriebudgets mit sektorübergreifenden Ansätzen wurden eine Reihe von Empfehlungen vorgelegt, was die Einführung zukünftiger Modellprojekte im Land Bremen betrifft. Sie beziehen sich vor allem auf die Zielgruppe, die im Zentrum von Modellen stehen sollte (schwer Erkrankte mit komplexem Hilfebedarf) und auf die Art der Modelle (bevorzugt empfohlen werden z.B. prospektive Budget-Modelle mit kombiniertem Einbezug von Behandlungsleistungen (SGB V) und Eingliederungshilfen (SGB XII); Populationsbezug anstelle einzelner Versicherten- gruppen einer oder weniger Krankenkassen; Sozialraumorientierung; Ausbau ambulanter Behandlung einschließlich Home Treatment; Aufbau multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams als zentraler Behandlungseinheit; Ressourcenschonung und Qualitätssicherung; Festlegung auf Versorgungsverpflichtung).
- c) **Qualitätssicherung in der Psychiatrie.** Von dieser Arbeitsgruppe wurden Qualitätsanforderungen auf verschiedenen Ebenen beschrieben. So wurden beispielsweise Anforderungen an die Qualität der Beziehung zwischen Patient/Patientin und professionellem Begleiter, an die Qualität der räumlichen und organisatorischen Bedingungen an den Orten der Hilfeleistung, der Planung und Durchführung von Hilfen, an die Qualität der Koordination und Steuerung in regionalen kooperierenden Verbänden von Leistungserbringern sowie an die Evaluation des Hilfesystems aufgestellt. Die

definierten Qualitätsanforderungen beziehen sich insbesondere auf die Zielgruppe der Patientinnen und Patienten mit komplexem Hilfebedarf. Die Einbeziehung von Patientinnen/Patienten und Angehörigen als Mitentscheidern über Art und Ausmaß der Hilfen gilt auf allen Ebenen als ein zentrales Qualitätskriterium.

Die Ergebnisse der vom Landespsychiatrie-Ausschuss eingesetzten Arbeitsgruppen werden nach Beschlussfassung der Deputation über den vorliegenden Bericht auf der Homepage des Senators für Gesundheit zugänglich gemacht. Sie werden weiterhin in die zukünftigen Prozesse der Weiterentwicklung der Bremer Psychiatrie einfließen.

Darüber hinaus bewertet der Senator für Gesundheit die Tatsache, dass es nach Vorlage des Landespsychiatrieplans gelungen ist, alle Akteure einschließlich der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen sowie der Kostenträger in diesen Prozess der Weiterentwicklung der Psychiatrischen Versorgung in Bremen einzubeziehen, als positiv und zielführend; er ist gewillt, den – vordergründig zeitaufwändigeren - Weg der Beteiligungsorientierung und kommunikativen Konsentierung weiterzugehen.

Im Kontext der **Bundesverfassungsgerichtsurteile aus 2011 zu Zwangsbehandlungen** in der Psychiatrie bzw. im Maßregelvollzug hat der Senator für Gesundheit in 2012 eine Fachveranstaltung zu Zwangsbehandlungen abgehalten. Im Anschluss daran hat er in enger Abstimmung mit dem Senator für Justiz Änderungen im PsychKG vorgenommen. Danach wurden die Anforderungen aus den einschlägigen Urteilen des Bundesverfassungsgerichts im Zusammenhang mit medikamentösen Zwangsbehandlungen verfassungskonform gestaltet. Das Gesetzgebungsverfahren ist eingeleitet.

## **Weiterentwicklung 2014/2015**

### **Weiterentwicklung der Krankenhaus-Psychiatrie am KBO**

In enger Kooperation mit den Leitungsebenen des Klinikverbunds Gesundheit Nord (GeNo) und des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Bremen Ost (KBO) wird sich der Senator für Gesundheit in den nächsten beiden Jahren für folgende Themen bzw. Problembereiche einsetzen, dabei u.a. auch Bezug nehmend auf die regelmäßigen Berichte der Besuchskommission:

- a) Verbesserung der Klinik-Versorgung der schwer und chronisch kranken Patientinnen und Patienten;
- b) Aufbau einer Adoleszentenstation für Jugendliche und junge Erwachsene, die übergreifend von der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie am KBO geführt wird;
- c) Ausbau von stationsäquivalenter ambulanter Behandlung in der Häuslichkeit von Patientinnen/Patienten unter Abbau vollstationärer Betten am Klinikstandort;
- d) Fokussierung auf sektorübergreifende Behandlungsformen unter Einbeziehung von strukturierter Kooperation mit den Niedergelassenen, den Trägern von ambulanten Angeboten wie APP/Soziotherapie (SGB V) und von Eingliederungshilfen (SGB XII);
- e) Sicherstellung des Rund-um-die Uhr-Krisendienstes.

Perspektivisch ist darüber hinaus die Verlagerung der Tagesklinik Mitte (incl. PIA und SPsD) auf das Gelände des „Hulsberg-Quartiers“ ggf. als Behandlungszentrum für die Sektoren Mitte und West vorgesehen.

### **Qualitätssicherung durch Nutzung des spezifischen Erfahrungswissens der Psychiatrieerfahrenen**

Der Senator für Gesundheit sieht es im Kontext der Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen als wichtig an, der Stimme der Menschen mit Psychiatrieerfahrung und ihren Angehörigen Gewicht zu geben und ihre spezifischen Qualitäten noch stärker für die Versorgung nutzbar zu machen. Der Senator für Gesundheit befürwortet daher den Einsatz von ausgebildeten Genesungsbegleitern, insbesondere auch im stationären Bereich, und wird sich weiterhin – wie bereits im Klinikum Reinkenheide Bremerhaven erfolgreich geschehen – für ihre Anstellung in Stationsteams der psychiatrischen Kliniken einsetzen.

Menschen mit Psychiatrieerfahrung und ihre Angehörigen können darüber hinaus einen wichtigen Beitrag leisten, um das Versorgungssystem qualitativ besser und wirtschaftlicher zu machen. Der Senator für Gesundheit hat dazu in der Vergangenheit, z.T. gemeinsam mit anderen Partnern, Einrichtungen geschaffen wie

- die Unabhängige Patientenberatung (UPB) – für die Bremer Bevölkerung bzgl. aller gesundheitlicher, nicht nur psychiatriebezogener Erkrankungen und Probleme zugänglich,
- die Besuchskommission - mit gesetzlicher Fundierung im PsychKG, sowie
- die Patientenfürsprecher - für alle Patienten in psychiatrischen Kliniken zugänglich, mit gesetzlicher Fundierung im Landeskrankenhausgesetz.

Darüber hinaus ist zu erwägen, ob eine unabhängige Beschwerdestelle Psychiatrie, wie sie in einigen anderen Bundesländern bereits besteht, den besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen angemessen sein könnte. Beim Aufbau (weiterer) Spezialangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist allerdings immer der Auftrag der UN-Behindertenrechtskonvention zu beachten, der anstelle einer Sonderbehandlung behinderter Menschen primär auf Inklusion in die regulären Versorgungsstrukturen verpflichtet. Der Senator für Gesundheit wird Bedarf und Umsetzbarkeit einer solchen Beschwerdestelle Psychiatrie zeitnah in 2014 prüfen.

### **Ausbau von Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen**

Es ist allgemein bekannt, dass Arbeit und Beschäftigung in hohem Maße tagesstrukturierend wirken, die Selbstwirksamkeitsüberzeugung des Menschen stärken und die soziale Teilhabe fördern. Als solche können sie andere, i.E. therapeutische Bemühungen unterstützen, ergänzen oder im Idealfall sogar ersetzen. Ein zukünftiges Versorgungssystem für Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen sollte daher sowohl Rehabilitation integrieren, als auch niedrigschwellige, differenzierte, d.h. also auch anspruchsvollere Arbeits- und Beschäftigungsangebote im Feld zwischen erstem Arbeitsmarkt und Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) – unter Einbezug der Fördermöglichkeiten des SGB II - vorhalten. Arbeit und Beschäftigung wird daher mittel- und langfristig ein zentraler Schwerpunkt des Senators für

Gesundheit bei der Weiterentwicklung des Hilfesystems für Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen bleiben. In 2014/15 wird sich der Senator für Gesundheit außerdem schwerpunktmäßig mit dem Themenfeld psychische Belastungen am Arbeitsplatz befassen. Aktuell setzt sich der Senator für Gesundheit bereits für folgende Thematiken und Zielgruppen ein:

### **Verbesserung der Situation von Leistungsempfängern nach SGB II:**

Seit Bestehen des SGB II hat Bremen kommunale Leistungen zur Umsetzung „flankierender Maßnahmen“ nach § 16 a SGB II bereitgestellt. Diese kommunale Eingliederungsleistung bietet für Menschen mit psychischen Erkrankungen und substanzbezogenen Störungen Beratungsangebote an. Jährlich nehmen durchschnittlich 800 bis 900 Personen die Beratungs- und Betreuungsangebote der regionalen psychiatrischen Behandlungszentren und der Drogenberatungsstellen in Anspruch. Veranlasst wird diese Leistung durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jobcenters. Ziel der Maßnahme ist die Verringerung von „Vermittlungshemmnissen“. Mit dem Jobcenter führt der Senator für Gesundheit aktuell Gespräche, spezifische zielgruppenbezogene Beschäftigungsangebote (möglicherweise Förderzentren) z. B. für substituierte Klientinnen und Klienten zu entwickeln.

### **Verbesserung der Situation von Leistungsempfängern nach SGB XII**

Dass ein den Fähigkeiten angepasster Arbeitsplatz ein wichtiger Faktor für die Erhaltung, Wiederherstellung und Stabilisierung der psychischen Gesundheit ist, ist unbestritten. Was die Zielgruppe der Leistungsempfänger nach SGB XII betrifft, werden in den letzten Jahren in Bremen und Bremerhaven vermehrt Anstrengungen unternommen, tagesstrukturierende Beschäftigungsmaßnahmen als Alternative zur Werkstatt für behinderte Menschen auszuweiten. Geplant ist derzeit z.B. konkret die Schaffung eines Leistungstypus „Betreute Beschäftigung“ sowie die Umsetzung eines „Zuverdienstprojektes“ ab 2015. Eine Projektgruppe unter Beteiligung der Leistungserbringer und Kostenträger erarbeitet derzeit die Grundlagen für ein Modellprojekt, das auf bundesweites Interesse stößt, wie die überregionale Beteiligung an dem erfolgreichen, vom Senator für Gesundheit mit organisierten Fachtag „Zuverdienst – Chancen zur Teilhabe verbessern!“ im Februar 2014 zeigte.

### **„Budget für Arbeit“**

Aktuell entwickelt die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen in enger Zusammenarbeit mit dem Senator für Gesundheit und dem Senator für Wirtschaft, Arbeit und Häfen ein Konzept „Budget für Arbeit“. Ziel ist es, dass derzeitige Werkstattbeschäftigte oder Personen, die die rechtlichen Voraussetzungen für den Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) erfüllen, über einen Lohnkostenzuschuss bis 70% des Arbeitgeberbrutto sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse aufnehmen können. Das Projekt befindet sich noch in der Planungsphase.

## Modellprojekt Bremerhaven

Der Senator für Gesundheit plant, gemeinsam mit Bremer Kostenträgern und dem Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. (ISP MV) in der Region Bremerhaven ein Modellprojekt für die psychiatrische Versorgung nach § 64b SGB V aufzulegen. Es zielt auf ein personenorientiertes, sektorübergreifendes Steuerungssystem für psychiatrische Leistungen nach dem SGB V, in das perspektivisch auch Leistungen nach dem SGB XII einbezogen werden. Gemäß Konzept soll die Zielgruppe alle Patientinnen und Patienten aus der Modellregion mit ausgewählten Diagnosen umfassen, so dass keine Anreize zur Risikoselektion von leichter Erkrankten entstehen können. Patientinnen und Patienten in Phasen mit „einfachem“ Hilfebedarf werden dabei weiterhin im Regelsystem grundversorgt, die spezielle Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexem Hilfebedarf erfolgt - in Kooperation mit dem/der niedergelassenen Haus- oder Facharzt/-ärztin - durch multiprofessionell zusammengesetzte gemeindepsychiatrische Teams. Diese sorgen für die Bereitstellung der erforderlichen Leistungen wie komplexe ambulante Behandlung, Rückzugshaus, Krisenintervention, Psychotherapie, die im Modell auch bei schwer erkrankten Menschen frühzeitig einbezogen werden soll. Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie, der Vorbereitungsphase I Ende 2012 bis Ende 2013, wurde das Konzept wichtigen Leistungserbringern und Akteuren der Modellregion einschließlich der psychiatrischen Klinik vorgestellt und in Vorgesprächen erörtert. Mit ihnen wurde eine Projektstruktur mit definierten Aufgaben für einzelne Teilgruppen vereinbart. Ab März 2014 nimmt ein gemeinsam von Kostenträgern und dem Senator für Gesundheit für ein Jahr finanziertes Projektleitungsteam in Bremerhaven seine Arbeit auf und wird zusammen mit den Akteuren nach einem vorstrukturierten Zeit- und Maßnahmenplan die einjährige Phase II – Umsetzungsplanung bzw. Erarbeitung eines Umsetzungskonzepts gestalten. Kernpunkt der anstehenden Umsetzungsberatung wird die Frage der Realisierung von ambulanten gemeindepsychiatrischen Teams sein. Am Ende der Umsetzungsplanung werden die beteiligten Leistungserbringer entscheiden, ob sie im Frühjahr 2015 in die Umsetzung einsteigen. Die wissenschaftliche Beratung und Begleitung durch alle Projektphasen hindurch erfolgt durch das ISP MV. Der Senator für Gesundheit ist in den Projektleitungsgremien vertreten und wird sich für eine planmäßige Umsetzung dieses ambitionierten Vorhabens einsetzen.

## Projekte der „Begleitgruppe Weiterentwicklung Psychiatrie“

Auf Basis der Empfehlungen der oben unter 2.1. genannten Arbeitsgruppen des Landespsychiatrieausschusses hat der Senator für Gesundheit Anfang 2014 eine einrichtungsübergreifend und paritätisch aus den ehemaligen Arbeitsgruppen zusammengesetzte „**Begleitgruppe Weiterentwicklung Psychiatrie**“ einberufen, die den Prozess der Fortentwicklung in der Phase 2014/2015 begleiten, unterstützen und ggf. durch Impulsgebung befördern wird. Diese hat den vom Senator für Gesundheit empfohlenen Vorschlägen für die zeitnahe Umsetzung von zunächst zwei konkreten Projekten durch einzelne Leistungserbringer in der Kommune Bremen zugestimmt.

Diese sind:

- a) Umsetzung von **Home Treatment** durch psychiatrische Kliniken an den zwei Klinik-Standorten Bremen Ost und Bremen Nord. Die ambulante Versorgung in der Häuslichkeit soll durch multiprofessionell zusammengesetzte Teams durchgeführt werden. Sie erfolgt bei Patientinnen und Patienten, die geeignet sind und von einem solchen

Setting besonders profitieren. Das Behandlungsteam soll sozialraumorientiert arbeiten, d.h. u.a. in enger Kooperation mit anderen involvierten Leistungserbringern ambulanter Hilfen in der Region (Ambulante Psychiatrische Pflege (APP), Soziotherapie, Rückzugshaus, Betreutes Wohnen, Heimwohnen). Die Vorhaben lassen eine an den Patientinnen und Patienten besser angepasste Behandlung, eine Senkung von stationären Verweildauern sowie die Einsparung stationärer Betten erwarten. Die Finanzierungsformen – sei es im Rahmen des neuen Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), sei es in Form von Modellprojekten nach §64b SGB V – befinden sich aktuell in der Klärung.

- b) Aufbau **verbindlicher Kooperationsstrukturen** zwischen allen Leistungserbringern psychiatrischer Hilfen (SGB V und SGB XII) in der Region West; unter Einschluss der Steuerungsverantwortung für eine am individuellen Bedarf der Patientin und des Patienten orientierten - anstelle einer institutionenzentrierten, d.h. an den Angeboten und Interessen der Einrichtungen orientierten - Bereitstellung von Hilfen. In den Verbund einzuschließen sind die in der Region niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die stationäre Einheit/ das Behandlungszentrum der Klinik, ambulante Leistungserbringer der Wohlfahrtspflege, Psychiatrieerfahrene und Angehörige sowie ggf. weitere sozialraumbezogene Partner. Die verbindlich vertraglich zu regelnden Kooperationsbeziehungen orientieren sich u.a. an den Empfehlungen zur einzelfallbezogenen Kooperation, wie sie von der AG „Einzelfall-bezogene Kooperation“ des Landespsychiatrie-Ausschusses in 2013 entwickelt wurden. Der Senator für Gesundheit wird sich dafür einsetzen, dass sich die regionalen Leistungserbringer gemeinsam auf eine Pflichtversorgung und gegen risikobezogene Patientenselektion einigen. Gemäß Beschluss der Begleitgruppe Weiterentwicklung Psychiatrie wird zu dieser Thematik in der ersten Jahreshälfte 2014 ein Fachtag für die Bremer Fachöffentlichkeit ausgerichtet.

Für die drei genannten Vorhaben wurden Projektverantwortliche aus dem Kreis der Leistungserbringer bestimmt, die unter Einbeziehung regionaler Partner und unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Arbeitsgruppen des Landespsychiatrie-Ausschusses konkrete Umsetzungsschritte entwickeln. Der Senator für Gesundheit wird diesen Prozess der Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen, die er als eine originäre Aufgabe der Selbstverwaltung ansieht, im Kontext der o.g. Begleitgruppe moderierend unterstützen bzw. vorantreiben.

### **Fachöffentliche Veranstaltungen**

Neben dem Anschub von Initiativen zur Umsetzung innovativer Versorgungsstrukturen durch die Leistungserbringer - wie oben beschrieben - sieht es der Senator für Gesundheit als eine seiner aktuellen Aufgaben an, die psychiatriepolitische Meinungsbildung in der Fachöffentlichkeit durch Initiierung bzw. kontinuierliche Fortführung des fachlichen Diskurses zu befördern. Zu diesem Zweck wird der Senator für Gesundheit in 2014/2015 mehrere Veranstaltungen wie Fachtage, Podiumsdiskussionen, Werkstattgespräche und Einrichtungsbegehungen unter Hinzuziehung auch externer Expertise durchführen. Diese stehen mit den oben unter 1. genannten Problem- und Handlungsfeldern sowie den unter 2. aufgeführten projektierten Vorhaben in engem Zusammenhang. Ziel ist, dass sich die Perspektive der engeren Projektbeteiligten um den kollegialen fachöffentlichen Blick erweitert, Praxis und Theorie,

Realität und Vision sich gegenseitig befruchten und eine Atmosphäre entstehen kann, die eine konstruktive Kommunikations- und Kooperationskultur und einen langen Atem für das Zukunftsprojekt „Weiterentwicklung der Psychiatrie“ im Land Bremen schafft.

### **Bundespolitische Ebene**

Im Juli 2012 wurde das **pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen** (PsychEntgG) ohne wesentliche Berücksichtigung der breiten kritischen Stellungnahmen der Länder und Fachgesellschaften vom Bundestag beschlossen. Auf bundespolitischer Ebene setzt sich der Senator für Gesundheit derzeit dafür ein, die Options- und budgetneutrale Phase bis zur verpflichtenden Einführung des Pauschalierten Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), die Ende 2014 endet, mindestens um zwei Jahre zu verlängern und in dieser Zeit in Form von Modellprojekten Verbesserungsansätze zu erproben. Eins der zentralen Motive ist es, eine durch das neue Vergütungssystem drohende Benachteiligung schwerst psychisch kranker Patientinnen und Patienten zu vermeiden. Außerdem sollten nach den Vorschlägen des Landes Bremen Regelversorgung und Modellversorgung vor der obligatorischen Einführung des neuen Entgeltsystems verpflichtend einem Systemvergleich unterzogen werden. Bremen empfiehlt Bund und Ländern in diesem Zusammenhang die Einrichtung einer Expertenkommission, die dem Bundesgesundheitsministerium, der Selbstverwaltung und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (IneK) bei einer grundlegenden Überarbeitung des PsychEntg-Gesetzes in Umsetzung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG, 2009) sowie der zukünftigen Gestaltung der PsychPV beratend zur Seite steht. Bremen hat im Hinblick auf Modifikation des PsychEntg-Gesetzes aktuell eine Initiativrolle unter den Ländern eingenommen.

### **3. Zusammenfassung:**

In den folgenden Jahren wird der Senator für Gesundheit im Rahmen der Psychiatrieplanung und –weiterentwicklung gemeinsam mit den relevanten Akteuren Verbesserungsmaßnahmen bzw. innovative Projekte bzgl. folgender Problem- und Themenfelder auf den Weg bringen:

- Angesichts einer aufgrund steigender Fallzahlen, reduzierten Fachpersonals und Fehlanreizen des PEPP erneut drohenden „Verwahr- bzw. Drehtürpsychiatrie“ wird sich der Senator für Gesundheit einerseits auf der bundespolitischen Ebene im Rahmen der Länderzusammenarbeit, andererseits auf Landesebene für geeignete Maßnahmen zur Sicherung bzw. Verbesserung der Behandlungsqualität in der stationären Versorgung einsetzen.
- Der Senator für Gesundheit wird sich bzgl. der Kliniken für den Aufbau ambulanter Leistungserbringung in Form von Home Treatment und den Abbau vollstationärer Betten einsetzen.
- Der Senator für Gesundheit wird sich für den Aufbau einer Adoleszentenstation am KBO einsetzen.
- Durch Etablierung eines Modellprojekts „Psychriebudget“ nach § 64b in einer Modellregion des Landes soll ein intelligentes Steuerungs- und Finanzierungssystem erprobt werden, das Anreize zur flexibel an den Patientenbedarf angepassten Hilfeleistung setzt, dabei Ressourcen schont und Qualität sichert.
- Die sektor-, sozialgesetzbuch- und kostenträgerübergreifende strukturierte Kooperation aller Hilfeangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer Region soll durch Förderung eines Verbundes der regionalen Leistungserbringer gestärkt werden.
- Durch einen differenzierten Ausbau von Arbeit und Beschäftigung soll die Normalisierung und gesellschaftliche Inklusion für Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie eine Reduktion der dauerhaften Abhängigkeit vom Hilfesystem erreicht werden.