

„Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen – ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept!“ – Zweiter Bericht an die Deputation für Gesundheit am 12.03.2015

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 entwickeln¹ (im Folgenden „Bürgerschaftsbeschluss“), einen Abriss über die bisher initiierten Maßnahmen und ein weiteres Teilkonzept für die Phase 2015/17 vor.

Im Hinblick auf die Analyse der Problem- und Handlungsfelder der psychiatrischen Versorgung, die sich binnen Jahresfrist wenig verändert hat, wie auch in Bezug auf die Grundlagen der Berichterstattung in Form einer „phasenbezogenen Konzeptualisierung“ wird auf den Landespsychiatrieplan 2010², Kapitel 1, Psychiatriepolitische Leitgedanken sowie den ersten Bericht an die Deputation im Kontext des genannten Bürgerschaftsbeschlusses im Frühjahr 2014 (im Folgenden: Bericht I) verwiesen.

Im vorliegenden zweiten Bericht an die Deputation wird im Anschluss – in unterschiedlicher Differenziertheit - Bezug genommen auf die im Auftrag der Bürgerschaft genannten „Aspekte“ eines „Konzepts zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform“, nämlich (die Ziffern in Klammern verweisen auf die Nummerierung im Auftrag der Bürgerschaft):

- Gemeindepsychiatrische Verbünde (1a)
- Erprobung von Regionalbudgets nach §64b SGB V (1b)
- Einbeziehung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen (1c)
- Festlegung von Steuerungsverantwortung auf den verschiedenen Ebenen der Versorgung (1d)
- Aufbau eines Verbraucherschutzes in der psychiatrischen Versorgung (1e)
- Vorschläge für Maßnahmen zur Prävention und Inklusion (1f)

Nach Vorlage des Psychiatrieplans 2010 konnte in den Jahren 2011 bis 2013 durch breit angelegte Arbeitsgruppen des Landespsychiatrie-Ausschusses eine konstruktive Kommunikationskultur im gesamten Bereich des psychiatrischen Hilfesystems (weiter-) entwickelt werden, die auch die Träger der Eingliederungshilfe, Psychiatrieerfahrene, Angehörige psychisch kranker Menschen und – erstmalig - auch die Ebene der Kostenträger einschloss. Inhaltlich befassten sich die Arbeitsgruppen schwerpunktmäßig mit Fragen der Vernetzung und Kooperation - i.S. von Berufsgruppen-, Sektoren-, Einrichtungs- und Sozialgesetzbuch-übergreifender Zusammenarbeit. Die Schaffung kommunikativer Strukturen und einer alle Handlungsebenen integrierenden Dialogkultur hat sich in den Folgejahren bewährt.

Nach Abschluss der Arbeitsgruppenphase wurde Anfang 2014 eine so genannte „Begleitgruppe Weiterentwicklung Psychiatrie“ (im Folgenden: Begleitgruppe) unter Leitung des Senators für Gesundheit etabliert. Aufgabe dieser Begleitgruppe auf Landesebene ist es, die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen zu koordinieren und die Umsetzung konkreter Maßnahmen und Projekte einzelner Leistungserbringer voranzutreiben

¹ 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.

² Beschluss der Deputation für Arbeit und Gesundheit im August 2010.

bzw. zu begleiten. Die Begleitgruppe setzt sich zusammen aus den Chefärzten der vier Psychiatrischen Kliniken im Land Bremen, Vertretern der Bremer Krankenhausgesellschaft (HBKG), der Landesverbände der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen von Menschen mit psychischen Störungen, der Landesarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände (LAG), des Gemeindepsychiatrischen Verbunds Bremer Westen, der Psychotherapeutenkammer, der Universität und der Kostenträger, jeweils auf Leitungsebene. Die Kassenärztliche Vereinigung wird von der Begleitgruppe ebenfalls als wichtiger Partner angesehen und wurde mehrfach eingeladen, jedoch bis dato ohne Erfolg.

Als landesweites Gremium erörtert die Begleitgruppe auch regelmäßig den Entwicklungsstand des Modellprojekts Psychatriebudget (§64 SGB V) in der Region Bremerhaven (s. unten). Die beiden Kommunen haben verschiedene Wege der Weiterentwicklung und Innovation eingeschlagen: Während das Modellprojekt in Bremerhaven alle Leistungserbringer der Region unter dem Dach eines zukünftigen gemeinsamen Budgets in eine einheitliche Verbundstruktur zu organisieren sucht, wird in der Stadtgemeinde Bremen der „Weg über die Dörfer“ gewählt, d.h. einzelne Einrichtungen machen sich im Rahmen (zunächst) umgrenzter praktischer Projekte auf den Weg – Zielrichtung Ambulantisierung, sektorübergreifende Versorgung und sozialgesetzbuch-übergreifende Kooperation. Die Unterschiedlichkeit der Zugangswege zwischen beiden Kommunen wird positiv gewertet, da sie Vergleiche und ggf. Lernprozesse ermöglichen.

1. Aktivitäten der Begleitgruppe im Engeren

Die Begleitgruppe hat zwischen 1/2014 und 3/2015 insgesamt fünf Mal getagt.

Die Begleitgruppe hat zu Beginn zwei Schwerpunktthemen ausgewählt, für die Projektverantwortliche benannt wurden, mit denen sie sich in 2014 befasst hat:

- a) Umsetzung von Home treatment/ stationersetzenden Leistungen durch psychiatrische Kliniken und
- b) Aufbau verbindlicher Kooperationsstrukturen zwischen den Leistungserbringern einer Region am Beispiel des Bremer Westens.

Ad a) Home treatment/ stationersetzende Behandlung

Der Abbau vollstationärer Krankenhausbetten wird vom Senator für Gesundheit nach wie vor als ein vordringliches psychiatriepolitisches Ziel angesehen. Seit Jahren ist bekannt und durch Studien und praktische Modellprojekte an verschiedenen psychiatrischen Kliniken (Itzehoe, Geesthacht, Nordhausen, Berlin-Rüdersdorf u.a.) unterlegt, dass ein Teil der (voll-)stationär versorgten Patienten mit psychischen Erkrankungen, insbesondere jene mit schweren und chronischen Erkrankungen, effektiver in alltags- und gemeindenahen Settings versorgt werden kann. Effektiver im Hinblick auf die Versorgungsqualität – nämlich die aktuelle Genesung, die Sicherung des Behandlungserfolgs, gesellschaftliche Teilhabe und Zufriedenheit der Patienten -, aber auch in ökonomischer Hinsicht.

Klinikum Bremen Ost

Aus Sicht des Senators für Gesundheit erwiesen sich die diesbzgl. zu erwartenden und in Aussicht gestellten Initiativen seitens des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Bremen Ost (im Folgenden: ZPP KBO) in den vergangenen Jahren als sehr zögerlich. Umso positiver sind die ersten Anstrengungen in 2014 im Rahmen der Begleitgruppe zu bewerten. Neben einzelnen Umstrukturierungen von Stationskonzepten wurde der Begleitgruppe ein Kooperationsprojekt für Sektoren-übergreifende Behandlung (SÜB) zwischen Klinik und Trägern der Eingliederungshilfe im Bremer Osten vorgelegt, mit dessen erster Umsetzung im Sommer 2014 begonnen wurde. Das Projekt lässt sich als Beispiel qualifizierten Entlassungs- und Überleitungsmanagements mit späterer Perspektive auf home treatment verstehen. Durch enge Kooperation beider Systeme vor, während und nach der Entlassung aus der Klinik sollen vollstationäre Aufenthalte verkürzt und Patientinnen/Patienten lückenlos in die Anschlussversorgung begleitet werden. Ziel ist die Verkürzung von Verweildauern sowie die Sicherung der gemeindenahen bzw. häuslichen Versorgung und damit die Reduktion von „Drehtüreffekten“, die üblicherweise häufig in der Phase nach Krankenhausentlassung erfolgen. In der Startphase 15.07.-15.11.2014 wurden insgesamt 15 Patientinnen/Patienten (8 Frauen, 7 Männer) der Sektorstation Ost mit schweren affektiven bzw. psychotischen Erkrankungen in das Projekt einbezogen. Das Projekt wird den Deputationsmitgliedern in der Sitzung am 12.03.2015 durch die Projektträger im Detail vorgestellt.

Im bundesweiten Vergleich rangiert das Land Bremen bzgl. der Bettenmessziffer seit Jahren auf den oberen Plätzen. Auf diesem Hintergrund haben die Kostenträger in den Verhandlungen mit der Gesundheit Nord 2014 eine Reduktion des Budgets durchgesetzt. Dies wird vermutlich, wie auch von Kostenträgerseite gewünscht, zu Bettenabbau im vollstationären Bereich führen. Es ist zu hoffen und zu erwarten, dass die Anfang 2015 angekündigten weiteren Schritte in die Ambulantisierung durch das ZPP KBO nicht nur das o.g. SÜB-Projekt quantitativ deutlich ausweiten, sondern auch die teilstationäre Versorgung in den Regionen außerhalb der Klinik und insbesondere auch aufsuchende Behandlungsformen (home treatment) auf- und ausbauen.

Diese politisch lange gewünschten und aktuell qua Budgetverhandlungen erzwungenen Maßnahmen erfordern zum einen quantitativ ausreichendes, zum anderen für die genannten innovativen Behandlungsformen motiviertes und spezifisch qualifiziertes **Personal**. Grundlegende Voraussetzung für entsprechende Personalentwicklung ist, dass die der Gesundheit Nord für die Psychiatrie an den Kliniken Bremen Ost und Bremen Nord bereitgestellten Mittel der Gesetzlichen Krankenversicherung tatsächlich auch in vollem Umfang gemäß PsychPV in der Psychiatrie eingesetzt werden. Perspektivisch sollte die Gesundheit Nord mit den Kostenträgern ein mehrjähriges Budget anstreben, auf dessen Basis innovative Maßnahmen wie stationersetzende Behandlung einschl. entsprechender Personalqualifizierung in größerem Umfang verlässlich gestalt- und finanzierbar sind.

Mit Sorge hat der Senator für Gesundheit die weitere **Spezialisierung** am ZPP KBO, insbesondere im Bereich der Geriatrie verfolgt. In 2014 erfolgte durch Besetzung mit einer zweiten Chefarzt-Stelle für Gerontopsychiatrie eine Aufwertung der Versorgung auf gerontopsychiatrischen Spezialstationen. Aus psychiatriepolitischer Sicht sollten jedoch gerade alte Menschen mit Demenz und anderen behandlungsbedürftigen psychischen Störungen soweit als irgend möglich in der gewohnten häuslichen Umgebung behandelt werden. Alte, insbesondere demente Menschen sind besonders vulnerabel hinsichtlich schwerwiegender Eingriffe in die häuslichen Alltagsroutinen und böten sich daher besonders an für home treatment. Alte

Menschen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen und zusätzlichen, vollstationäre Behandlung erfordernden somatischen Erkrankungen sollten wenn möglich – auch im Hinblick auf Inklusion alter Menschen, Menschen mit Demenz und Menschen mit seelischen Behinderungen – nicht in gesonderten Stationen, sondern im Rahmen der normalen somatischen Versorgung behandelt werden. In 2010 hat der Senator für Gesundheit in diesem Zusammenhang z.B. die Bremer Landesinitiative Demenz (LinDe), ein Bündnis von Fachleuten in Krankenhäusern, ambulanten Einrichtungen, Gesundheitsämtern, Praxen, in Behörden, Verwaltung und Vereinen, gestartet, um die Akutkrankenhäuser bei der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten mit ihren spezifischen Anforderungen zu stärken.

Spezialisierung in der stationären psychiatrischen Versorgung erfordert die Anpassung von Behandlungskonzepten und Behandlungsteams an die speziellen Bedarfe einzelner Patientengruppen, jedoch nicht primär deren Absonderung auf spezialisierten Stationen.

Klinikum Bremen Nord

Das Klinikum Bremen Nord (im Folgenden KBN) hat in der Begleitgruppe ebenfalls ein Modell für zukünftiges Home treatment vorgelegt. Das Projekt home treatment am KBN soll in 2015 starten. Zielgruppe sind grundsätzlich alle Menschen mit psychischen Erkrankungen aus dem gesamten Diagnosespektrum (mit einigen Ausschlusskriterien wie primäre Suchterkrankung, Obdachlosigkeit u.a.). Sie werden durch ein multiprofessionelles Team aus der Stammebelegschaft des BHZ nach Bedarf ärztlich, pflegerisch, ergo- und psychotherapeutisch in mehreren Terminen pro Woche zuhause behandelt. Die Behandlung wird flankiert durch ergänzende Telefonkontakte, Gruppenangebote und eine 24-Std-Ansprechbarkeit über den gesamten Behandlungszeitraum.

Im Klinikum Bremen Nord ist der Umbau des Behandlungszentrums Nord (Wohngebiet Vegesack, Aumunder Heerweg) Ende 2014 abgeschlossen worden, so dass die eine bis dato noch am außerhalb gelegenen Klinikstandort verortete vollstationäre Station (Hammersbecker Strasse) in das BHZ integriert werden konnte. Damit verfügt das Klinikum Bremen Nord als einzige Region im Land Bremen mit dem BHZ Nord über eine voll regionalisierte psychiatrische Versorgung. D.h. ambulante, tagesklinische und vollstationäre Behandlung findet gemeindenah an einem Ort mit einem Team statt, so dass Patientinnen/Patienten bedarfsorientiert flexibel die Art und den Umfang an Hilfen durch ein bezugstherapeutisch organisiertes Team erhalten können, das sie jeweils benötigen. Durch ein home treatment-Projekt würden diese Aspekte der Patientenorientierung und Flexibilisierung von Hilfen noch einen Schritt weitergeführt.

Perspektivisch sollte das BHZ am Aumunder Heerweg sich weiterentwickeln von einem Behandlungszentrum Psychiatrie zu einem Zentrum für seelische Gesundheit für alle Bürgerinnen und Bürger der Region.

Ad b) Aufbau kooperativer Strukturen/ Gemeindepsychiatrischer Verbund West

Im Bremer Westen bemühen sich die dortigen Anbieter von Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen seit einigen Jahren um Aufbau und Sicherung kooperativer Strukturen in der Region. In 2008 wurde ein erster Kooperationsvertrag zwischen dem Klinikum Bremen Ost (BHZ Mitte /West) und vier ambulanten Leistungserbringern (gapsy, Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V., Bremer Werkgemeinschaft, Sozialwerk der Freien Christengemeinde) geschlossen, der die Kooperation bei Patienten regelt, die von beiden Seiten versorgt werden. Weitere positive Erfolge in der Folge des Kooperationsvertrags sind die Durchführung einrichtungsübergreifender Fortbildungen, die ein gemeinsames Verständnis bestimmter psychischer Problematiken und ihrer therapeutischen Zugänge erarbeiten. (Bsp.: Fortbildung Need adapted treatment). Im Rahmen der Begleitgruppe wurden die bestehenden Kooperationsstrukturen, ihre Möglichkeiten und Grenzen vorgestellt und erörtert.

Aus Sicht des Senators für Gesundheit wäre als mittelfristiges Ziel eines vertraglich ausgestalteten Kooperationsverbunds (Gemeindepsychiatrischer Verbund) anzustreben, die Patientinnen/Patienten nach ihren Bedarfen an die Anbieter zu vermitteln, die gerade die passenden Hilfen anbieten, was auch beinhaltet, flexibel zwischen Angeboten/Trägern wechseln zu können. Eine solche Steuerungsfunktion würde eine Interessen-neutrale koordinierende Einheit erfordern, deren Entscheidungen über die Allokation von Patienten und Mitteln von den Träger akzeptiert wird. Dieses Ziel eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes konnte bisher weder bundesweit, noch im vergangenen Jahr im Bremer Westen erreicht werden. Als Schwierigkeiten auf dem Weg zu einer primär am Patienten- anstelle am Einrichtungsbefit orientierten regionalen, auf Pflichtversorgung basierenden Kooperation erwiesen sich allgemein und teilweise auch im Bremer Westen im Einzelnen:

- Divergierende Einschätzungen bzgl. Art und Umfang des Hilfebedarfs von Patientinnen/Patienten, z.B. zwischen BHZ und Anbietern von Eingliederungshilfen;
- Dominanzstreben/Verdrängungswettbewerb unter einzelnen Trägern;
- Mangelnde Einbindung von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten;
- Grenzen der Teilnahme an Kooperationsaktivitäten (Personalknappheit/Arbeitsverdichtung; Überforderung bzgl. ehrenamtlicher Tätigkeit);
- Begrenzte Bereitschaft der Partner, eigene Mittel für gemeinsame Zwecke zur Verfügung zu stellen.

Das Projekt Gemeindepsychiatrischer Verbund West bzw. der Vertrag zur Zusammenarbeit wurde als „bottom up“-Projekt der Leistungserbringer konzipiert und initiiert. In der Begleitgruppe wurde es vorgestellt als potentieller Prototyp für verbindliche Kooperationsstrukturen für die anderen Regionen. Der Senator für Gesundheit erwartet, dass die regionalen Leistungserbringer in 2015 verstärkt Vorschläge in die Begleitgruppe einbringen, Kooperation und Abstimmung von passgenauen Hilfen in verbindlichen Strukturen zu organisieren und dabei neben Klinik und gemeindepsychiatrischen Anbietern auch niedergelassene Ärzte/Ärztinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen einzubeziehen. Perspektivisch sollten auch die Kostenträger und die Kommune in eine Verbundstruktur Bremer Westen einbezogen werden.

Die Entwicklung eines regionalen Gemeindepsychiatrischen Verbunds kann eine alternative Form zu Modellprojekten nach §64 SGB V darstellen; beide verfolgen letztlich ähnliche Ziele,

nämlich eine koordinierte Hilfeleistung aller Leistungserbringer in einer Region, nach der Maßgabe ambulant vor stationär und mit Fokus auf Inklusion und Normalität. Die Begleitgruppe wird das Projekt Gemeindepsychiatrischer Verbund als Initiative der Leistungserbringer weiterhin begleiten und nach ihren Möglichkeiten unterstützen.

Für das Jahr 2015 ist positiv festzustellen, dass die Begleitgruppe zwischen den zentralen Akteuren der psychiatrischen Versorgung das gegenseitige Vertrauen und den Austausch auf Augenhöhe befördert hat; selbstkritisch ist anzumerken, dass die priorisierten Projekte Home treatment und Gemeindepsychiatrischer Verbund erst zögerlich und in geringem Umfang in die Umsetzung gelangt sind. 2016/17 wird der Senator für Gesundheit die Ergebnisse der Begleitgruppe dahingehend überprüfen, ob sie ihren Zweck, die Weiterentwicklung der Psychiatrie nicht nur konzeptionell, sondern vor allem umsetzungsbezogen voranzutreiben, ausreichend erfüllt hat und in der derzeitigen Form weitergeführt werden sollte.

2. Modellprojekt Psychriatriebudget Bremerhaven

2012 wurde der Paragraph 64b neu ins SGB V eingeführt, der explizit Modellvorhaben im Bereich der Psychiatrischen Versorgung fördert. Ziel sind eine verbesserte Patientenversorgung und/oder sektorübergreifende Leistungserbringung, die auch psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld einschließen kann. Jedes Bundesland soll mindestens ein Modellvorhaben Psychiatrie durchführen. Die Modellprojekte sollen u.a. Impulse setzen bei der Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie, dem Pauschalierenden Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP).

Das Modellprojekt Psychiatrie des Landes Bremen wurde in der Folge des Landespsychiatrieplans 2010 im Rahmen einer Machbarkeitsstudie 2012 konzeptionell geplant; als Modellregion wurde die Kommune Bremerhaven ausgewählt. Kern des Projekts ist eine koordinierte, am Patientenbedarf orientierte Leistungserbringung mit dem Fokus ambulant vor stationär, verbunden mit der Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen (außer niedergelassenem Bereich) aus einem mehrjährig zur Verfügung stehenden Gesamtbudget. (Zu Zielen und Planungsphase I s. auch Bericht I). Derzeit befindet sich das Projekt in der Phase II, der Umsetzungsplanung. Im Rahmen einer strukturierten und moderierten Projektplanung erarbeiten die Akteure einschl. Kostenträger bis Sommer 2015 – die zunächst einjährig bis 3/2015 geplante Entwicklungsphase wurde um vier Monate verlängert - ein Struktur- und Praxismodell für eine integrierte psychiatrische Versorgung, die auch den niedergelassenen Bereich einschließt und perspektivisch auch Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII) umfassen wird. Der Senator für Gesundheit leitet das Projektsteuergremium. Die wissenschaftliche Beratung und Begleitung erfolgt durch das Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern. Nach Abschluss der Phase II Mitte 2015 entscheiden die Leistungserbringer über ihre Teilnahme am Modellprojekt.

Über das Projekt wird regelmäßig in der Begleitgruppe Psychiatrie berichtet. Sollte sich das Projekt in der Umsetzung als erfolgreich erweisen, so ist seine Übertragung auf die Stadtgemeinde Bremen anzustreben.

3. Weitere psychiatriepolitische Aktivitäten

3.1 Sicherung des Krisendienstes

Der Senator für Gesundheit hat Vorschläge für eine kooperative Organisation und Finanzierung des Sozialpsychiatrischen Krisendienstes entwickelt. Hierzu wird der Deputation für Gesundheit in einer der nächsten Sitzungen in 2015 Bericht erstattet.

3.2. Adoleszenten-Station

Bereits 2013 wurde von der Klinik für Psychosomatik und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie ein Konzept für eine gemeinsam zu führende Adoleszentenstation für acht Patientinnen/Patienten im Alter zwischen 16 und 22 Jahren vorgelegt. Diese Gruppe fühlt sich häufig einerseits dem Kinder- und Jugendbereich nicht mehr zugehörig, andererseits bedarf sie – auch, aber nicht nur auf dem Hintergrund einer allgemein verlängerten Adoleszenz - spezifischer entwicklungsfördernder Behandlungsangebote, denen die Erwachsenenpsychiatrie nicht entsprechen kann. Außerdem können akutpsychiatrische Stationen für erstmals hospitalisierte junge Menschen mit psychischer Störung zusätzlich Traumatisierung und Psychiatrisierung mit sich bringen. Unter diagnostischen Gesichtspunkten könnten im Grundsatz alle PatientInnen der Altersgruppe mit schweren Adoleszenzkrise, Essstörungen, somatoformen und depressiven Störungen, emotionaler Instabilität, Hyperaktivität und auch mit Verdacht auf psychotische Störungen aufgenommen werden. Das Vorhaben einer Adoleszentenstation wird vom Senator für Gesundheit unterstützt.

3.3. Fachöffentliche Veranstaltungen

Wie im Bericht I angekündigt, hat der Senator für Gesundheit in 2014 unter dem Titel „Psychiatriereform 2.0 – die Bremer Psychiatrie bewegt sich“ eine Reihe von fachöffentlichen Veranstaltungen mit teilweise externen Expertinnen und Experten durchgeführt. Alle vier Veranstaltungen waren durchgehend gut besucht. In der (vorläufig) letzten Veranstaltung im Januar 2015, die der Nachlese und Perspektivenentwicklung diente, wurden in Form von moderierten workshops vier zentrale psychiatriepolitische Themen aufgegriffen, die zukünftig in die Begleitgruppe eingepflegt und intensiv weiter befördert werden sollen, nämlich:

- Weiterentwicklung der Krankenhaus-Psychiatrie;
- Einsatz von Menschen mit Psychiatrieerfahrung in der Versorgung;
- Sicherung eines qualifizierten Krisendienstes;
- Gemeindepsychiatrischer Verbund - Regionale Kooperationsstrukturen über SGB V und XII hinweg.

Es ist geplant, die Veranstaltungsreihe in 2015/16 ggf. weiterzuführen.

3.4. Versorgungsprobleme bei Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung

Im Rahmen einer Berichtsbitte der Bremischen Bürgerschaft „Versorgungssituation von seelisch verletzten und psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung verbessern!“ vom 27.05.2014 haben die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen und der Senator für Gesundheit eine erste Erhebung über die gesundheitliche Versorgung dieser Gruppe durchgeführt. Nach Einschätzung von Expertinnen und Experten der Wohnbetreuung und der gesundheitlichen Versorgung ist von einer Unterversorgung der Gruppe durch das Regelsystem auszugehen. Sensibilisierung, gezielte Fortbildung bei Ärzten/Ärztinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen im ambulanten und stationären Bereich erscheinen nötig und sinnvoll, um den Forderungen der UN-Behindertenkonvention nach einer inklusiven Versorgung in gleicher Qualität wie bei Menschen ohne Behinderung zu entsprechen. Darüber hinaus erscheinen die im neuen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geplanten Medizinischen Zentren für Menschen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB) als sinnvolle Einrichtung, um den besonderen Bedarfen dieser Zielgruppe entsprechen zu können. An einem MZEB könnte ein fachlicher Schwerpunkt zur Diagnostik und Behandlung zusätzlicher psychischer Störungen eingerichtet werden, der u.a. die Leistungserbringer im Regelsystem bei Bedarf fachlich beraten könnte. Auch für das Land Bremen befindet sich ein MZEB in Planung, das sich konzeptionell eng am Sozialpädiatrische Institut / Kinderzentrum am Klinikum Bremen Mitte orientiert. Der genannte Bericht stellt eine erste Erhebung zum Thema dar; er wurde und wird in 2015 den Leistungserbringern vorgestellt, mit ihnen werden im Rahmen eines strukturierten Dialogs Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung entwickelt. Der Bericht zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung wurde im Januar 2015 dem Senat vorgelegt und wird im März 2015 in der Bremischen Bürgerschaft behandelt. (Mitteilung des Senats vom 13.01.2015, Drucksache 18/1701).

3.5. Modellprojekt Arbeit und Beschäftigung

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 vorhalten.

Zur Verbesserung der Situation von Leistungsempfängern der Eingliederungshilfe (SGB XII), die z.B. Betreutes Wohnen in Anspruch nehmen, hat eine Projektgruppe unter Beteiligung der Leistungserbringer und Kostenträger einen Leistungstypus „Betreute Beschäftigung“ erarbeitet, der Grundlage für ein entsprechendes Modellprojekt darstellt. Perspektivisch könnten bestimmte Leistungsempfänger bei der Begutachtung ihres Hilfebedarfs anstatt ins Betreute Wohnen in Betreute Arbeit/Beschäftigung gesteuert werden. Der Senator für Gesundheit und die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen haben die Rahmenbedingungen für ein solches, budgetneutral zu gestaltendes Modellprojekt dargelegt. Derzeit befinden sich die interessierten Träger in der Diskussion, ob und in welchem Umfang sie ein solches Projekt realisieren wollen.

3.6. Unabhängige Beratungs- und Beschwerdestelle Psychiatrie (UBpsy)

Im Jahr 2014 hat sich eine Initiativgruppe unter Leitung der ExPa e.V. Bremen gegründet, die nach dem Modell der Berliner Beschwerde- und Informationsstelle (bip) eine unabhängige Beratungs- und Beschwerdestelle im Bereich der psychiatrischen Versorgung in der Kommune Bremen schaffen möchte. (ExPa: ExpertInnenPartnerschaft im Dialog – Verein, der den gleichberechtigten Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Beschäftigten im Bereich psychischer Gesundheit verbessern möchte). Auf Bitten der Initiative hat sich der Senator für Gesundheit bemüht, die Realisierung eines solchen Beratungs- und Beschwerdeangebots im Kontext bestehender Strukturen zu unterstützen, u.a. beispielsweise bei der Unabhängigen Patientenberatungsstelle Bremen (UPB). Nachdem dies erfolglos blieb, wird die Initiative Anfang 2015 einen Antrag bei Aktion Mensch stellen, um eine Anschubfinanzierung für die ersten Jahre zu erreichen. Langfristig ist eine Finanzierung über einen Fond geplant, in den die kooperierenden Träger einzahlen.

4. Bundespolitische Ebene

Der Senator für Gesundheit setzt sich im Rahmen der halbjährlich tagenden Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) und der i.d.R. jährlichen Gesundheitsministerkonferenz (GMK) regelmäßig aktiv für die Verbesserung der Rahmenbedingungen der psychiatrischen Versorgung ein.

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 setzte sich der Senator für Gesundheit damals in den genannten Ländergremien dafür ein, die Options- und budgetneutrale Phase bis zur verpflichtenden Einführung des Pauschalisierten Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), die Ende 2014 enden sollte, um mindestens zwei Jahre zu verlängern und in dieser Zeit in Form von Modellprojekten Verbesserungsansätze zu erproben. Dies konnte beim Bundesministerium für Gesundheit erfolgreich durchgesetzt werden. Anders als im von Bremen initiierten Vorschlag der Länder entschied sich das Bundesministerium für Gesundheit zur Begleitung dieser verlängerten Prüfphase jedoch nicht für die Einsetzung einer Expertenkommission, sondern für die Durchführung so genannter Strukturierter Dialoge unter Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen. Die Länder waren hiervon ausgeschlossen, beantragten jedoch eine Beteiligung.

Auf Initiative des Landes Bremen wurde ein von den Ländern einstimmig beschlossener Antrag für einen Gesetzesentwurf eines neuen § 119c SGB V eingebracht, der die gesetzliche Grundlage zur Einrichtung von **Medizinischen Zentren für Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung** in Anlehnung an die Versorgung von geistig behinderten Kindern in Sozialpädiatrischen Zentren schafft. An einem solchen Zentrum könnten auch die besonderen Bedarfe von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung angemessen berücksichtigt werden. Die Vorlage hat Eingang in den Entwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz gefunden.

Mit Unterstützung des Landes Bremen haben die Länder dem Bundesministerium für Gesundheit einen Vorschlag zur Änderung der **Psychotherapie-Richtlinie** vorgelegt. Dieser sieht eine Öffnung und Flexibilisierung der engen Rahmenbedingungen für Psychotherapie vor. Inhaltlich soll der Zugang zu Erstgesprächen durch vorzuhaltende Sprechstunden für akute und Krisenfälle reduziert und die Antragsverfahren insbesondere für Kurzzeittherapien vereinfacht und entbürokratisiert werden.

Zusammenfassung der geplanten Aktivitäten

In den folgenden beiden Jahren 2015/16 plant der Senator für Gesundheit folgende Aktivitäten prioritär weiter voranzutreiben:

- Abbau vollstationärer Betten zugunsten ambulanter und häuslicher Versorgungsformen;
- Aufbau von Kooperationsverbänden der Leistungserbringer in den Regionen der Stadtgemeinde Bremen;
- Umsetzung eines Psychiatriebudgets nach § 64b in der Modellregion Bremerhaven;
- Einsatz von qualifizierten Psychiatrieerfahrenen in Regelversorgungseinrichtungen;
- Neugestaltung des Gremiensystems;
- Novellierung des PsychKG.

Der Senator für Gesundheit wird diese Vorhaben gemeinsam mit den Leistungserbringern auf den Weg bringen und dabei ggf. entsprechende Impulse setzen, Prozesse moderieren und Unterstützung anbieten; er hat weder die Möglichkeit noch die Absicht, in die operativen Geschäfte der Leistungserbringer direkt einzugreifen.