

Staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz		Sitzungsprotokoll L-30 Nils Lennart Lühr	
		Stand: Beschlussstand 04.12.2018	
19. Wahlperiode der Bremischen Bürgerschaft 2015 - 2019			
Sitzungstag: 16.08.2018	Sitzungsbeginn: 15:00 Uhr	Sitzungsende: 19:10 Uhr	Sitzungsort: Börsenhof A, Am Dom 5A Marktstraße, Raum 416
Teilnehmer / innen: siehe anl. Anwesenheitsliste			
Vorsitz: Herr Dr. Dr. Magnus Buhlert			

Herr Dr. Buhlert (FDP) eröffnet die Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz.

Die Deputation berät über die Tagesordnung:

TOP 1	Genehmigung der Tagesordnung	
TOP 2	Nicht öffentlicher Sitzungsteil	
TOP 3	Bilanz 5 Jahre Psychiatriereform	L-138-19
TOP 4	Berichtsbitte der FDP „Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Fixierung von Patienten in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung“	L-145-19
TOP 5	Verschiedenes	

TOP 1	Genehmigung der Tagesordnung
Beschluss (einstimmig): Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz beschließt die vorgeschlagene Tagesordnung.	

TOP 3	Bilanz 5 Jahre Psychiatriereform (Vorlage L-138-19)
Der Vorsitzende begrüßt die geladenen Gäste und die zahlreichen Besucherinnen und Besucher.	
<p>Senatorin Prof. Dr. Quante-Brandt führt in die Erörterung der Zwischenbilanz Psychiatriereform ein, die mit dem Ausblick in die Zukunft verbunden werden soll. In den ersten Jahren erfolgte eine deutlich stärker Partizipation der diversen Interessenvertreterinnen und -vertreter an der Psychiatrieplanung sowie der Umsetzung zahlreicher Maßnahmen der Psychiatriereform. Nun sieht Senatorin Prof. Dr. Quante-Brandt den Bedarf, geplante Vorhaben zu realisieren und begonnene Projekte zu vervollständigen. Im weiteren Prozess gilt es, die Erfahrungen, Informationen und Konzepte zusammenzuführen und eine Strategie zur weiteren Umsetzung der Psychiatriereform zu formulieren. Die Senatorin benennt als Kernpunkte der Strategie u. a. stabile regionale Vereinbarungen zu den Gemeindepsychiatrischen Verbänden, die Umsetzung eines §64b SGB V-Modells und den weiteren Ausbau des ambulanten Bereichs. Ferner dankt Frau Prof. Dr. Quante-Brandt allen Akteurinnen und Akteuren für die konstruktive Zusammenarbeit, die auch von der Vielfalt unterschiedlicher Sichtweisen lebt.</p> <p>Herr Utschakowski (Psychiatriereferent der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz (SWGv)) erläutert den Deputierten und Gästen inhaltlich die Vorlage.</p>	

Der Landesbehindertenbeauftragte der Freien Hansestadt Bremen (Dr. Steinbrück) begrüßt, dass die Deputation mit dieser Sitzung die Psychiatriereform wieder aufgegriffen hat, da die Verwirklichung aus seiner Sicht zu langsam verläuft, sowie in dieser Debatte neue Impulse für die Reform gesetzt werden können. Dr. Steinbrück lobt die sehr positive Arbeit der Genesungsbegleiterinnen und -begleiter und beanstandet einige Probleme. So agieren die ehrenamtlichen Patientenfürsprecherinnen und -sprecher sehr engagiert, allerdings fehlt es an Strukturen und Regelungen zwischen den Krankenhäusern und den Patientinnen und Patienten effektiv zu vermitteln. Die Versorgung von Menschen mit kognitiver und psychischer Beeinträchtigung verläuft aus Sicht des Landesbehindertenbeauftragte nicht zufriedenstellend. Ein ernsthaftes Interesse des KBO diese Situation zu verändern, sieht er derzeit nicht. Dr. Steinbrück sieht einen Mehrbedarf zur Versorgung von Menschen mit komplexen Hilfebedarfen im ambulanten Bereich.

Frau Tobias (Patientenfürsprecherin am KBO) lobt den durch die senatorischen Behörde initiierten 10-Punkte-Plan zur Verbesserung der Behandlung am KBO insgesamt und deren Umsetzung. Eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung im Lande Bremen könne nach Frau Tobias durch die Wiedereinführung des sog. Krisendienstes erreicht werden. Ferner sieht Frau Tobias einen Bedarf nach professionaler und wohnortnahen Begleitung anknüpfend an stationäre Aufenthalte, auch für die Angehörigen der Erkrankten. Die Tatsache, dass Bremer Patientinnen und Patienten teilweise außerhalb der Landesgrenze untergebracht werden müssen, wird durch die Patientenfürsprecherin kritisiert.

Herr Robra-Marburg (Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, Stellungnahme im Protokollanhang) begrüßt die von der senatorischen Behörde geförderten Modellprojekte, wie das Nachtcafé, und spricht sich für eine rasche Verstetigung und zielführende Ausweitungen der Projekte aus. Herr Robra-Marburg fordert die zügige Implementierung von Kennzahlen zur Qualitätsbemessung sowie Unterstützungsangebote für psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörigen im Lebensfeld. Auf Nachfrage erläutert Herr Schmid (Abteilungsleiter kommunale Kliniken, SWGV), dass der Wirtschaftsplan 2018 der GeNo keine Bettenausweitung im Bereich der Psychiatrie vorsieht.

Professor Reimer verteilt eine Tischvorlage zu Ansätzen eines Projektes nach § 64b SGB V, zu denen er mündlich weiter ausführt. Die GeNo arbeite ernsthaft und aktiv an den von der Bürgerschaft 2013 beschlossenen Punkten der Psychiatriereform, nämlich 1) Gemeindepsychiatrische Verbünde, 2) Vorlagen zur Erprobung eines Regionalbudgets nach §64b SGB V, 3) Einbezug von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen, 4) Aufbau eines Verbraucherschutzes in der psychiatrischen Versorgung sowie 5) Maßnahmen zur Prävention und Inklusion und unterstütze den Punkt zur Festlegung von Steuerungsverantwortung, könne diesen als ein Teilnehmer der Versorgungssystem nicht aktiv selbst gestalten.

Dr. Kuhnigk (Chefarzt der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie, KBO der GeNo) berichtet den Deputierten kurz über die Entwicklungen am KBO. So wird z. B. das Qualitätsmanagement intensiv verwirklicht. Ebenfalls berichtet Dr. Kuhnigk vom engen Kontakt des KBO zur Feuerwehr und zur Polizei: Diese bewerten die Zusammenarbeit als gut. Dr. Kuhnigk begrüßt die Einrichtung der Gemeindepsychiatrischen Verbünde und formuliert das Ziel, dass zukünftig noch mehr Angebote etabliert werden müssen, die Zwangseinweisungen nicht mehr erforderlich machen.

Dr. Bührig (Chefarzt am Psychiatrischen Behandlungszentrum Nord, KBN der GeNo) legt den Deputierten die Situation am KBN und die Wichtigkeit der individuellen Therapie dar. Bspw. wird die Sicherstellung der Behandlungskontinuität am KBN intensiv verfolgt sowie jeder Patientin und jedem Patienten eine beständige Bezugsperson zugeordnet, sodass u. a. der Vertrauensaufbau deutlich verbessert ist. Seit knapp anderthalb Jahren sind am KBN Genesungsbegleiterinnen und -begleiter beschäftigt, die bisherigen Erfahrungen sind sehr positiv. Dr. Bühring schildert, dass perspektivisch die Erweiterung der Angebote um ein Home-Treatment-Team angestrebt wird.

Prof. Dr. Gonther (Ärztlicher Direktor, AMEOS Klinikum Dr. Heines Bremen) stellt den Deputierten den Stand und die Entwicklungsziele des Klinikums dar. So sieht sich AMEOS der Tradition einer sanften Psychiatrie verpflichtet und verfolgt das Ziel, ein heilsamer Ort für psychisch erkrankte

Menschen zu sein. Bspw. stellt Prof. Dr. Gonther die Bedeutung des empathischen Umgangs mit den Menschen für den Behandlungserfolg heraus. Ebenfalls berichtet Prof. Dr. Gonther von der erfolgreichen Reduzierung des Medikamenteneinsatz in der Behandlung sowie der Anwendung der Homöopathie am Klinikum. Die Anzahl der Zwangseinweisung von Menschen, die illegale Drogen konsumieren hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Den Deputierten wird von Prof. Dr. Gonther auch erläutert, dass aus Sicht von der AMEOS-Klinik rein stationäre Behandlungen langfristig nicht zielführend sind und ambulante Versorgungsangebote in Stadtteilen angestrebt werden.

Dr. Eikmeier (Chefarzt, Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide) erläutert den erfolgten Veränderungsprozesses am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide und stellt heraus, dass die Durchführung einer Psychiatriereform Durchhaltevermögen und die Kraft Rückschläge zu verkraften benötigt. Den Deputierten wird durch Herrn Dr. Eikmeier berichtet, wie die Änderung des therapeutischen Konzeptes, die vor 10 Jahren parallel mit größerer Bautätigkeit am Standort erfolgte, hin zum Recovery-Ansatz verlief. Dabei geht Dr. Eikmeier auch auf die Herausforderungen ein, die mit dieser Kulturänderung einhergehen. Ebenfalls weist Dr. Eikmeier darauf hin, dass ambulante Behandlungen nicht von allen Patientinnen und Patienten akzeptiert werden. Herr Dr. Eikmeier begrüßt die erfolgten Impulse und Modellprojektfinanzierungen der senatorischen Behörde und skizziert die Gefahr, dass kleinere Kliniken aufgrund der Modifikationen des bundesweiten PEP-Finanzierungsmodells Therapieangebote reduzieren müssen.

Herr Klaus Pramann stellt den Deputierten das Modellprojekt Bremen West vor. Hierbei spricht er sich für einen sehr deutlichen Paradigmenwechsel hin zur ambulanten Behandlung bei stark reduzierter Anzahl an stationären Behandlungsangeboten aus. Wichtige Kernelemente des Ansatzes, der im Modellprojekt Bremen West verfolgt wird, ist die bereichsübergreifende ambulante Versorgung u. a. durch Behandlungsteams, die gezielt die Patientinnen und Patienten aufsuchen und folglich innerhalb des Lebensumfeldes agieren. Laut Herrn Pramann ist das Modellprojekt an das finnische Behandlungskonzept des „offenen Dialogs“ angelehnt, dessen Erfolg wissenschaftlich belegt sei. Herr Pramann verdeutlicht, dass ein entsprechendes Modellprojekt über die Umwandlung stationärer Behandlungsplätze finanziert werden kann, ohne dass es zu Mehrkosten kommt. Auf die Beschlüsse der Beiräte Findorff, Walle und Gröpelingen [Beschlüsse der Beiräte Findorff und Gröpelingen siehe Protokollanhang], die das Modellprojekt Bremen West befürworten, weist Herr Pramann ebenfalls hin.

Frau Trey (Modellprojekt Bremen West) unterstützt dieses Konzept, da es für betroffene Menschen Klinikaufenthalte, Zwangsmaßnahmen sowie Medikamentennutzung deutlich reduziert. Ebenso spricht sich Frau Trey für die Förderung von geförderten Arbeitsangeboten in Ergänzung zur Therapie aus.

Herr Rust (Geschäftsführung der ASB Gesellschaft für Seelische Gesundheit mbH, Stellungnahme im Protokollanhang) erläutert den Deputierten die Position des Arbeitskreises Psychiatrie und Sucht der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bremen. Aus Sicht der Träger der Wohlfahrtspflege sollten viele weiterführende Ansätze energischer verfolgt werden und das Fachreferat in der senatorischen Behörde ausgebaut werden. Die aktuellen Bestrebungen im KBO verlaufen konträr zur Stärkung regionaler Strukturen. Herr Rust befürwortet die Aufstellung eines Psychiatrieplans 2020, da die durch die senatorischen Behörde eingeleiteten Beteiligungsprozess inzwischen deutlich besser verlaufen, und sieht es als erforderlich an, dass Zeitvorgaben und die künftigen Bettenanzahlen fest determiniert werden.

Herr Prof. Dr. Beine (Chefarzt, St. Marien-Hospital Hamm) lobt die politischen Akteurinnen und Akteure für den hohen politischen Stellenwert den das Thema Psychiatriereform im Land Bremen hat sowie den Beschluss der Bremischen Bürgerschaft „Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen- ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept!“ (Drs. 18/685). Hierbei macht Prof. Dr. Beine auf die deutschlandweit deutlich angestiegenen Raten an Zwangsmaßnahmen und Wiederaufnahmen in den psychiatrischen Krankenhäusern aufmerksam. Auf Basis seiner Tätigkeiten am St. Marien-Hospital Hamm und der Universität Witten/Herdecke klassifiziert Prof. Dr. Beine die bisherigen Bestrebungen im Land Bremen für die Deputierten. Dabei spricht sich Herr

Prof. Dr. Beine eindeutig für eine Umwandlung stationärer Betten in ambulante Behandlungsangebote aus und stellt heraus, dass diese nicht mit Personalreduzierungen einhergehen darf.

Aus Sicht von Prof. Dr. Beine ist erforderlich, den erkrankten Menschen in den Mittelpunkt der Behandlung zu stellen und unter Berücksichtigung der individuellen Hilfebedarfe bedürfnisorientiert zu behandeln. Verbunden mit einem ausgebauten ambulanten Behandlungsangebot und einer gut abgestimmten Kooperation mit dem Eingliederungshilfebereichs kann der Behandlungserfolg gesteigert werden und z. B. Zwangsmaßnahmen weiter reduziert werden.

Prof. Dr. Beine kritisiert die Entwicklungsvorstellungen des Modellkonzepts „Transformationsbudget“ zu §64b SGB V des Zentrums für Psychosoziale Medizin insb. dahingehend, dass keine Verzahnung mit dem ambulanten SGB V Bereichs und der Eingliederungshilfe vorgesehen ist und dass die Ambulantisierung nur für Menschen mit günstigem häuslichem Umfeld geplant ist, obwohl dies für alle Erkrankten einen wichtigen Aspekt darstellt.

Prof. Dr. Reimer entgegnet dem, dass einige Patientinnen und Patienten der GeNo aus faktischen Gründen, z. B. fehlendes häusliches Umfeld, nicht ambulant behandelt werden können und daher als Zielgruppe für ambulante Behandlungen nicht in Frage kommen.

Herr Greve (Vorsitzender des Dachverbands Gemeindepsychiatrie) kommentiert die Redebeiträge aus seiner Expertise heraus. Er befürwortet den mit dem Bürgerschaftsbeschluss (Drs. 18/685) einhergehenden Paradigmenwechsel der psychiatrischen Hilfe. Laut Herrn Greve sollte sich die Behandlung der Menschen, die einen sehr komplexen Hilfebedarf aufweisen, an den drei Eckpunkten – regionalisieren, verzahnen und wohnortnah – orientieren. Herr Greve sieht das Modellprojekt Bremen West als ein sehr gutes Konzept zur Realisierung des Bürgerschaftsbeschlusses an und bezweifelt, dass das Konzept „Transformationsbudget“ zu §64b SGB V des Zentrums für Psychosoziale Medizin eine treffende Umsetzung des Beschlusses darstellt.

Herr Greve hält die Krisendienste für ein sehr zielführendes Angebot, insb. wenn der Dienst an sieben Tagen in der Woche 24 Stunden vorgehalten wird, und empfiehlt die Etablierung in der Freien Hansestadt Bremen.

Den Deputierten rät Herr Greve, sich bei der Psychiatriereform nicht auf einzelne Lösungen zu fokussieren, wie die sog. 64b Modelle oder die integrierte Versorgung, da jeder Ansatz nur für einige erkrankten Menschen eine adäquate Lösung bietet.

Der Forderung, dass für aktuell außerhalb des Landes Bremen stationär untergebrachte Erkrankte entsprechende Einrichtungen in Bremen geschaffen werden, befürwortet Herr Greve. Ferner teilt Herr Greve nicht die Ansicht, dass die Realisierung der Psychiatriereform in Bremen lange dauert, sondern beschreibt den Deputierten das Land Bremen im Bundesländervergleich als führend.

Alle Deputierten sowie der Vorsitzende und die Senatorin danken für die ansprechenden, detaillierten und fruchtbaren Erläuterungen.

Frau Dehne (SPD) befürwortet einen Beschluss der Deputation, der eindeutiger die nächste Schritte der Psychiatriereform beschreibt und die Verantwortlichkeiten regelt, da dies bei den vielen unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen dienlicher wäre. Hierfür stellt Frau Dehne einen neuen Beschlussvorschlag der Fraktionen der SPD, B90/ Die Grünen und CDU vor.

Herr Dr. Buhlert (FDP) kündigt die Unterstützung der FDP für den neuen Beschlussvorschlag an. Dr. Buhlert spricht sich dafür aus, dass das Patientenbedürfnis die Zielrichtung einer jeden Behandlung sein muss und erweitert die Forderung des Landesbehindertenbeauftragten, dass die Versorgung von psychisch Erkrankten mit Entwicklungsstörungen verbessert werden muss.

Herr Erlanson (Die Linke) kritisiert den neuen Beschlussvorschlag als nicht weitgehend genug, da keine konkrete Wiedereinführung der Krisendienste mitbeschlossen werden würde.

Herr Bensch (CDU) lobt das parteiübergreifende Vorgehen in der Psychiatriereform, den

vorgestellten Beschlussvorschlag und dankt Frau Kappert-Gonther (B90/ Die Grünen) für die Initiierung des parteiübergreifenden Agierens in der vorherigen Wahlperiode. Herr Bensch klassifiziert die psychiatrische Versorgung im Land Bremen als gut bis sehr gut zu und sieht die relativ niedrige Medikamentenanwendung in der Ameos-Klinik als Erfolg an. Ebenfalls spricht sich Herr Bensch für die Einrichtung eines Orts für die Unterbringung von Menschen mit komplexen psychiatrischen Behandlungsbedarfen aus.

Auf Nachfrage erläutern v. a. Dr. Eikmeier und Prof. Dr. Reimer, dass sich erkrankte Menschen nur sehr selten gesund ernähren und die gesunde Ernährung auch Gegenstand der Therapie ist, wie z. B. durch die Stärkung der Selbstkompetenz.

Prof. Dr. Beine führt auf Rückfrage ferner aus, dass Psychopharmaka nicht grundsätzlich schlecht sind und bei angemessener Anwendungen helfen können.

Die Senatorin Prof. Dr. Quante-Brandt sieht die politischen Akteurinnen und Akteure in der Thematik eng beieinander und lobt die sehr engagierten Teams und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Kliniken sowie bei den verschiedenen Anbietern. Frau Prof. Dr. Quante-Brandt knüpft an die Redebeiträge von Herrn Prof. Dr. Beine und Herrn Greve an, dass eine Spezialisierung immer in Bezug auf den Menschen und nicht auf die Diagnose erfolgen sollte und in dieser Spezialisierungsperspektive keine gemeinsame Sichtweise mit dem Zentrum für Psychosoziale Medizin besteht. Die Senatorin bekräftigt, dass Regionalisierung und Ambulantisierung bei der weiteren Umsetzung der Psychiatriereform zentral sind und zügig weitere Reformschritte, z. B. verbindliche Vereinbarungen innerhalb der GPVs und über die Transformation stationärer Behandlungsangebote, erfolgen werden. Auf die Bereitschaft der Kostenträger, diese Veränderungen mitzugestalten und auch neuen Ansätzen reelle Chancen zu geben, macht Prof. Dr. Quante-Brandt aufmerksam. Ebenfalls erläutert Frau Prof. Dr. Quante-Brandt, dass einzelne nicht vollumfänglich realisierte Maßnahmen nicht den Gesamterfolg in Zweifel stellen. Abschließend dankt Senatorin Prof. Dr. Quante-Brandt für die differenzierten Anregungen und Erfahrungsberichte, insb. der Erfahrenen und Angehörigen.

Beschluss (bei Enthaltung der Fraktion Die Linke angenommen):

Die Deputation bekräftigt den Bürgerschaftsbeschluss von 2013, erkennt die bisherigen Umsetzungsschritte an und bittet die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, möglichst bis Oktober, spätestens aber bis Ende des Jahres ein Strategiepapier darüber vorzulegen, wie die Reform konkret weiter vorangebracht werden soll. Dieses Strategiepapier soll insbesondere folgende Punkte beinhalten:

- Steuerungsverantwortung und Zeitschiene der Umsetzung der von den externen Expertinnen und Experten sowie von der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz im Bericht genannten Prozesse,
- Zeitrahmen und Zielzahl des Bettenabbaus, der so zeitnah und mit so großen Schritten wie möglich erfolgen und ein qualitativer Impuls für die Ambulantisierung sein soll,
- Rolle der Ressorts Gesundheit und Soziales sowie der ihnen zugeordneten Ämter und Darstellung der personellen Ressourcen für den Reformprozess.

Die Deputation bittet

- um Darlegung der avisierten Eckpunkte und Meilensteine der Psychiatriereform und der im Bericht genannten eindeutigen Vorgaben sowie die Darlegung, wie und von dem diese Eckpunkte und Meilensteine mit den Akteuren vereinbart und nachgehalten werden,
- um ein Konzept, wie und in welchem Umfang der sozialpsychiatrische Dienst (Krisendienst) künftig vorgehalten werden soll,
- um die Entwicklung eines Gesamtkonzeptes, in das auch die psychotherapeutische Versorgung mit einbezogen werden soll und die Darstellung der Verantwortlichkeiten,
- um Prüfung, wie das vorhandene Informationsangebot für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen verbessert werden könnte und um entsprechende Verbesserungen.

TOP 4	Berichtsbitte der FDP „Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Fixierung von Patienten in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung“ (Vorlage L-145-19)
-------	---

Ohne Debatte

Beschluss (einstimmig):

Die Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz nimmt den Bericht der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz zur Kenntnis.

TOP 5	Verschiedenes
-------	---------------

Es liegen keine Punkte vor

Vorsitzender

Protokollführer

Beschluss des Beirates Gröpelingen

Der Beirat Gröpelingen fordert die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz auf, die Umsetzung des „Modellkonzepts zur regionalen psychiatrischen Behandlung und Betreuung von Menschen mit schweren akuten und chronischen psychischen Erkrankungen sowie komplexem Hilfebedarf im Bremer Westen aktiv voranzutreiben.

Das Modellkonzept fußt auf dem einstimmig gefassten Bürgerschaftsbeschluss vom 13.01.2013 zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform. Seine Umsetzung erfordert u.a.

- einen generellen Paradigmenwechsel von der stationären zur ambulanten Versorgung,
- den Ausbau ambulanter, lebensweltbezogener Versorgungsstrukturen,
- den gleichzeitigen Abbau stationärer Angebote,
- die Schaffung eines regionalen Psychriebudgets
- eine verbindliche trägerübergreifende Kooperation, die sowohl die Kliniken, Heime und Tagesstätten als auch das Behandlungszentrum West, die GAPSY und weitere Akteure einbezieht,
- die Einrichtung eines Zentrums für Seelische Gesundheit.

Der Beirat Gröpelingen sieht durch die Schaffung der im vorliegenden Modellkonzept beschriebenen Leistungsangebote die notwendige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung des Bremer Westens gewährleistet.

Begründung:

Nationale und internationale Erfahrungen zeigen, dass eine sozialraumorientierte, aufsuchende, multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Betreuung und Behandlung gerade von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen die Belastungen der Erkrankten und ihrer Angehörigen deutlich verringern. Dieses zeigt sich u.a. in einer Reduzierung der Notwendigkeit bzw. der Verkürzung stationärer Aufenthalte, der Verringerung von Behandlungsabbrüchen sowie einer höheren Zufriedenheit von Erkrankten und ihren Angehörigen.

Der Umbau des Versorgungssystems hin zur stärkeren ambulanten Betreuung und lebensweltbezogenen Unterstützung ist seit Jahren in Bremen als politisches Ziel formuliert. Da aufgrund der Komplexität der erforderlichen Reformen eine flächendeckende Neuaufstellung nicht kurzfristig umsetzbar ist, sollte diese modellhaft im Bremer Westen geschehen. Die hier bereits gut entwickelten und bewährten Strukturen durch den Gemeindepsychiatrischen Verbund Bremen (GPV) West und darüber hinaus bieten ideale Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung des Konzepts zum Wohle der Erkrankten und ihrer Angehörigen.

Bremen, den 15.08.2018

(einstimmiger Beschluss anlässlich der Sitzung des Beirates Gröpelingen am 15.08.2018)

Beschluss des Beirates Findorff

Der Beirat Findorff fordert die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz auf, die Umsetzung des „Modellkonzepts zur regionalen psychiatrischen Behandlung und Betreuung von Menschen mit schweren akuten und chronischen psychischen Erkrankungen sowie komplexem Hilfebedarf im Bremer Westen aktiv voranzutreiben.

Das Modellkonzept fußt auf dem einstimmig gefassten Bürgerschaftsbeschluss vom 13.01.2013 zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform. Seine Umsetzung erfordert u.a.

- einen generellen Paradigmenwechsel von der stationären zur ambulanten Versorgung,
- den Ausbau ambulanter, lebensweltbezogener Versorgungsstrukturen,
- den gleichzeitigen Abbau stationärer Angebote,
- die Schaffung eines regionalen Psychriebudgets
- eine verbindliche trägerübergreifende Kooperation, die sowohl die Kliniken, Heime und Tagesstätten als auch das Behandlungszentrum West, die GAPSY und weitere Akteure einbezieht,
- die Einrichtung eines Zentrums für Seelische Gesundheit.

Der Beirat Findorff sieht durch die Schaffung der im vorliegenden Modellkonzept beschriebenen Leistungsangebote die notwendige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung des Bremer Westens gewährleistet.

Begründung:

Nationale und internationale Erfahrungen zeigen, dass eine sozialraumorientierte, aufsuchende, multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Betreuung und Behandlung gerade von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen die Belastungen der Erkrankten und ihrer Angehörigen deutlich verringern. Dieses zeigt sich u.a. in einer Reduzierung der Notwendigkeit bzw. der Verkürzung stationärer Aufenthalte, der Verringerung von Behandlungsabbrüchen sowie einer höheren Zufriedenheit von Erkrankten und ihren Angehörigen.

Der Umbau des Versorgungssystems hin zur stärkeren ambulanten Betreuung und lebensweltbezogenen Unterstützung ist seit Jahren in Bremen als politisches Ziel formuliert. Da aufgrund der Komplexität der erforderlichen Reformen eine flächendeckende Neuaufstellung nicht kurzfristig umsetzbar ist, sollte diese modellhaft im Bremer Westen geschehen. Die hier bereits gut entwickelten und bewährten Strukturen durch den Gemeindepsychiatrischen Verbund Bremen (GPV) West und darüber hinaus bieten ideale Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung des Konzepts zum Wohle der Erkrankten und ihrer Angehörigen.

Bremen, den 26.06.2018

(anlässlich der Beiratssitzung am 26.06.2018 einstimmig beschlossen)

Maßnahmen zur Verbesserung der lebensumfeldnahen, regionalisierten Behandlung

Sachstandsbericht für die Sitzung der Staatlichen Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz Bremen am 16.08.2018

Vorbemerkung

Bereits jetzt werden mehr Patienten / Klienten regional ambulant und teilstationär als stationär behandelt / beraten.

	KBO 2017		KBN 2017	
Anzahl Patienten pro Jahr	5.846	100%	1.705	100%
davon:				
nur ambulant	2.441	42%	823	48%
nur vollstationär	1.775	30%	316	19%
unter Beteiligung mehrerer Behandlungsformen*	1.630	28%	566	33%
ÖGD Anzahl Klienten	5.350		1.125	
ÖGD Anzahl Kriseninterventionen	1.883		539	

Modellprojekt nach § 64b SGB V

- **Transformationsbudget ZPM am Standort KBO**
 - Diskussionskonzept (2017), Konzept Transformationsbudget (2018) ✓
 - Gespräche mit Senat. Behörde, Kostenträgern und freien Trägern (seit 2017) ✓

Ausbau regionalisierte tagesklinische Behandlung

- **Eröffnung Akuttagesklinik Bremen Mitte** (in 2017) ✓
- **Verlagerung Tagesklinik (TK) Mitte** (ab 2017)
 - Immobiliensuche, Identifizierung eines Objektes ✓
 - Klärung Finanzierung ?
- **Verdopplung Verlegungen von vollstationär in TK's** (in 2017) ✓
- **Antrag psychosomatische Tagesklinik** (2017) ✓

Ausbau lebensumfeldnahe, regionalisierte ambulante Behandlung

- **home treatment: Umsetzung im Bremer Osten - SÜB** (seit 2017) ✓
- **Institutsambulanzen: Erhöhung ambulanter Leistungszahlen** bei Absenkung vollstationärer Belegungstage (in 2018) ✓
- **Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung**
 - Vorlage Konzept, Gespräche mit Kostenträgern ✓
 - Umsetzung im Rahmen Transformationsbudget i. A. ✓
- **Suchtmedizin: Einführung Expositionstraining und disulfiram-gestützte Behandlung im Lebensumfeld** ✓
- **Beratungs-/Coachingangebot Psychische Gesundheit** (in 2017) ✓
Vorlage Konzept, Gespräche mit möglichen (Kosten)Trägern
- **Antrag psychosomatische Institutsambulanz** (2017) ✓

Psychosoziale Beratung und Krisendienst

- **Gespräche, Verhandlung mit dem Gesundheitsamt** (seit 2017) ✓
- **Konzept Krisenanlaufstelle im Rahmen Transformationsbudget** ✓

Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV)

- **GPV Nord** (Initiierung und Vorbereitung mit Kooperationspartnern seit 2017) ✓
- **GPV Ost** (aktive Beteiligung am Aufbau seit 2017, Grundlage SÜB) ✓
- **GPV Mitte** (aktive Beteiligung am Aufbau seit 2017) ✓
- **GPV West** (kontinuierliche, langjährige aktive Beteiligung) ✓
- **GPV Süd** --

Regionale fallbezogene und übergreifende Kooperation

- **Initiierung und Durchführung Verbündekonferenzen** (seit 2017) ✓
- **Konzept Versorgung von Nicht-Behandlungsfällen und Menschen mit komplexem Hilfebedarf** (in 2017) ✓
- **Kontinuierliche aktive Teilnahme an Gremien und AGs** (seit 2017) ✓

Patientenpfade

- **Aufnahme- und Belegungssteuerung im regionalen Bezug**
 - Konzept Belegungssteuerung über Ambulanzen (2018 Transformationsbudget) ✓
 - Belegungssteuerung stationär im regionalen Bezug (seit 2017) ✓
 - Einführung psychiatrisches Triage-System in der Notaufnahme KBO (seit 2018) ✓
 - Einführung Aufnahmetelefone (seit 2018) ✓
 - Prüfung Anwendung ICF-Assessment zur Aufnahmesteuerung (in 2018) (International Classification of Functioning, Disability and Health) ✓
- **Interne Fallbesprechungen im regionalen Bezug** (seit 2017) ✓
- **Konzept Patientenpfade** (in 2018) ✓
- **Persönliche therapeutische Begleiter - PTB-System** (seit 2017) ✓

Information über Angebote und Versorgungsstrukturen ZPM

- **Informationsveranstaltungen zu Angeboten ZPM** (seit 2017) ✓
- **Durchführung Fachtagungen, Projekte und Publikationen** (ab 2017) (u. a. Netzwerktreffen *home treatment*, ISPS-Tagung, IMPELA, DGPPN) ✓
- **Umsetzung Neugestaltung Internetauftritt** (seit 2017) **i. A.**

Ausbau Kooperation mit niedergelassenen Ärzten

- **Treffen mit niedergelassenen Ärzten** ✓
- **Einweiseranalyse und Maßnahmenumsetzung** (seit 2017) ✓

Stärkung der regionalen Behandlungseinrichtungen

- **Besetzung der Position der ärztlichen Leitung** (in 2018) ✓

Qualitätsindikatoren, u.a. regionalisierte ambulante Behandlung

- **Entwicklung von Qualitätsindikatoren AG Senat. Behörde** (seit 2017) ✓

Konzeptentwurf

Transformation ZPM, Klinikum Bremen-Ost



Herausforderung im aktuellen psychiatrischen Hilfesystem

Fragmentierung über Sektoren und Sozialgesetzbücher

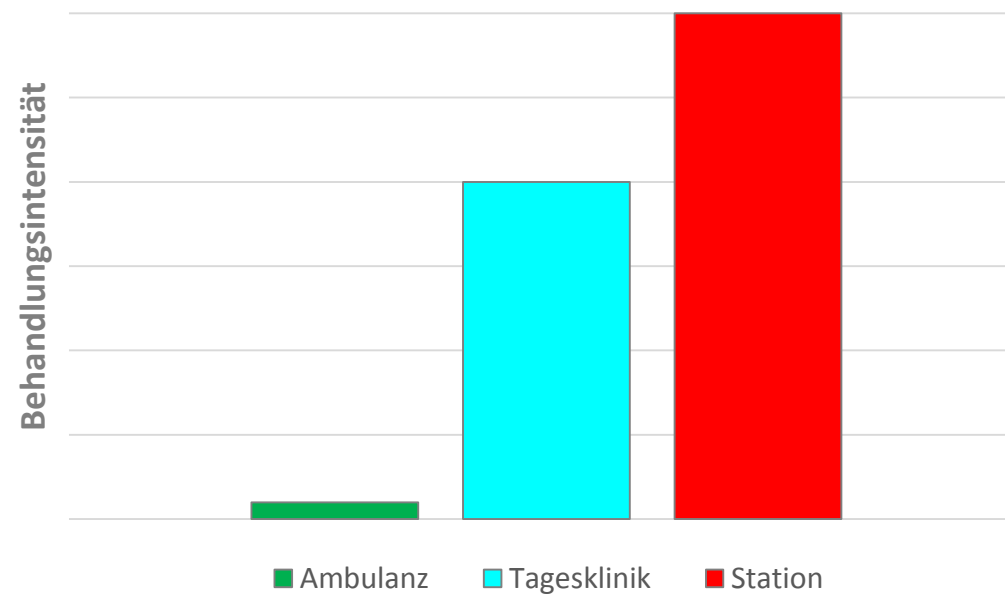


Abbildung: Hauth | 2017

Sektorale Fragmentierung

Leistung folgt Finanzierung

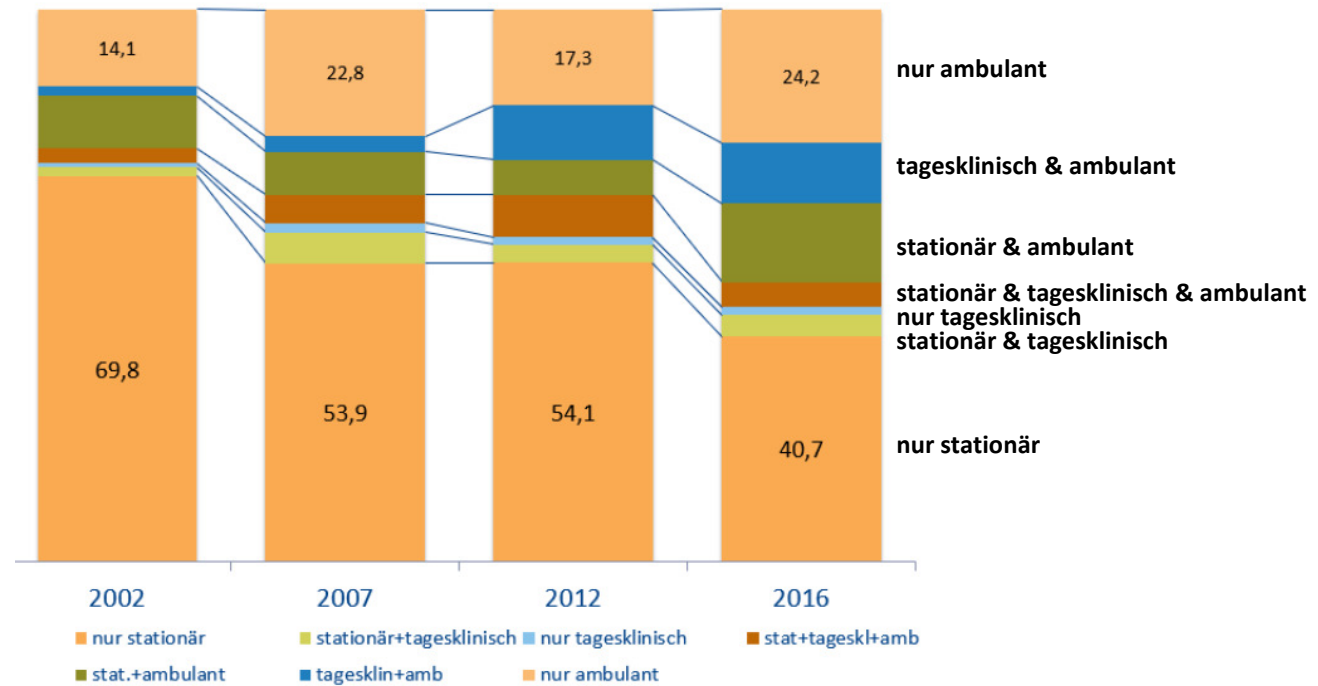
≠ Bedarfe



Fragmentierung über SGB

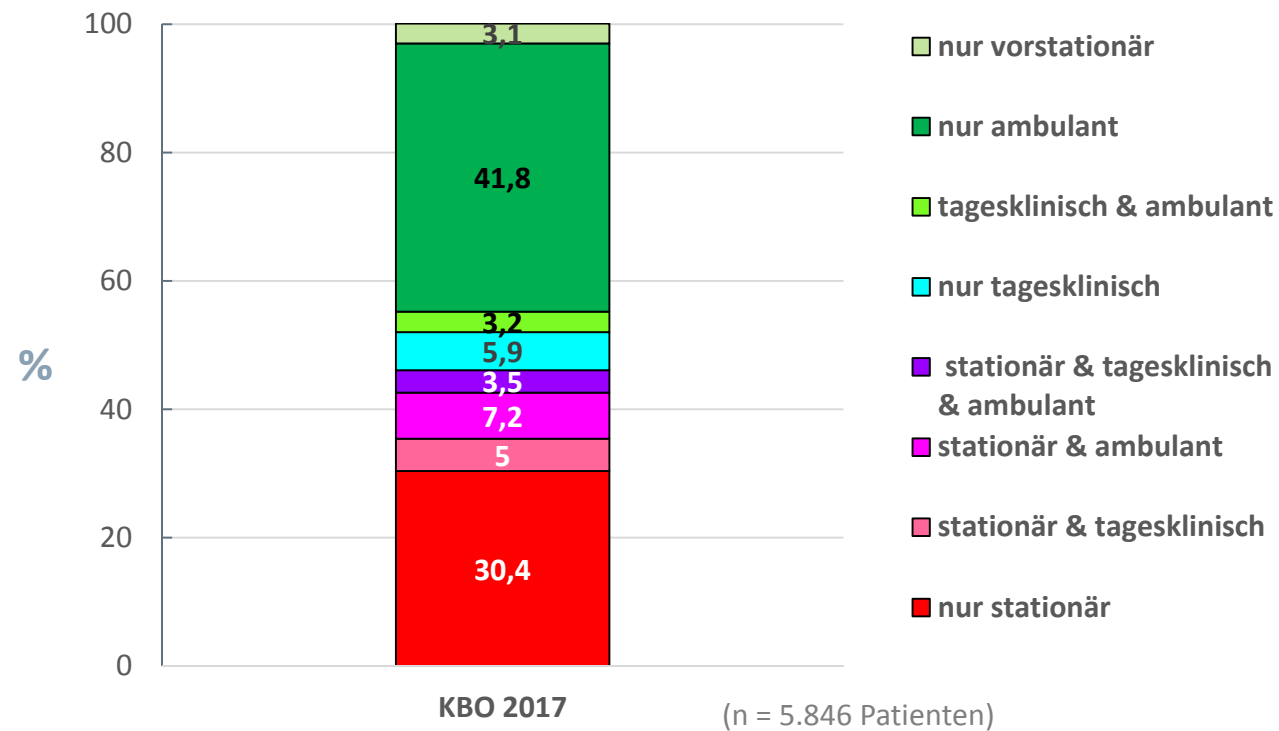
Sozialgesetzbuch	Leistungen	Kostenträger
SGB V Gesetzliche Krankenversicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre, teilstationäre, ambulante Krankenbehandlung • Ambulante psychiatrische Pflege • Soziotherapie 	gesetzliche und private Krankenkassen
SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Rehabilitation • Teilhabe am Arbeitsleben • Teilhabe am Leben in der Gesellschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • gesetzliche Krankenkassen • gesetzliche Rentenversicherung • Träger Sozialhilfe u. a.
SGB XII Sozialhilfe	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfen zur Gesundheit • Eingliederungshilfe für behinderte Menschen • Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten 	Örtliche und überörtliche Träger der Sozialhilfe
SGB XI Pflegeversicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen • Voll-, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, häusliche Pflege 	gesetzliche und private Pflegeversicherung

Überwindung sektoraler Fragmentierung innerhalb SGB V (nach §64b)



Regionalbudget Itzehoe/Steinburg (n = ca. 1.350)

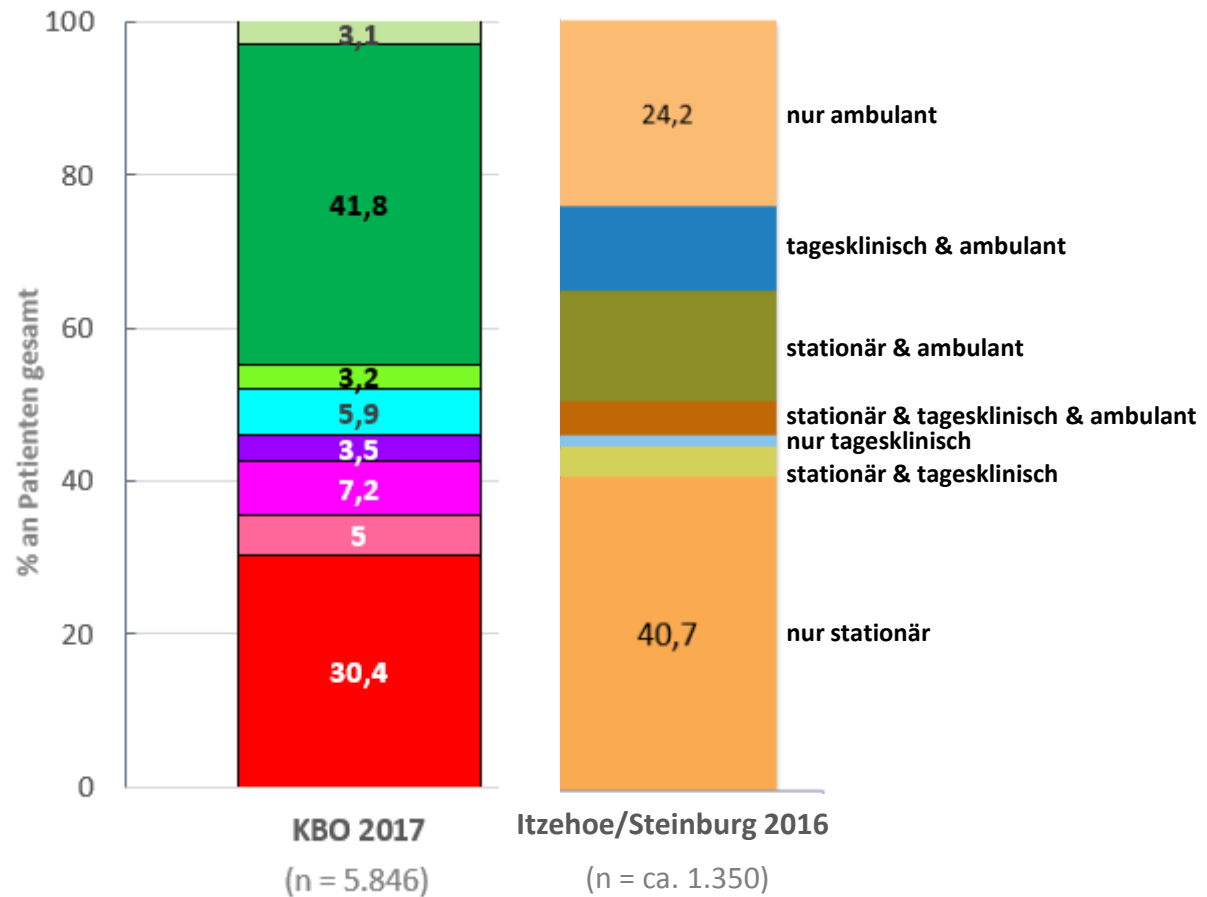
Ausgangslage ZPM KBO 2017



Ausgangslage ZPM KBO vs. IZ



- nur vorstationär
- nur ambulanz
- tagesklinisch & ambulanz
- nur tagesklinisch
- stationär & tagesklinisch & ambulanz
- stationär & ambulanz
- stationär & tagesklinisch
- nur stationär



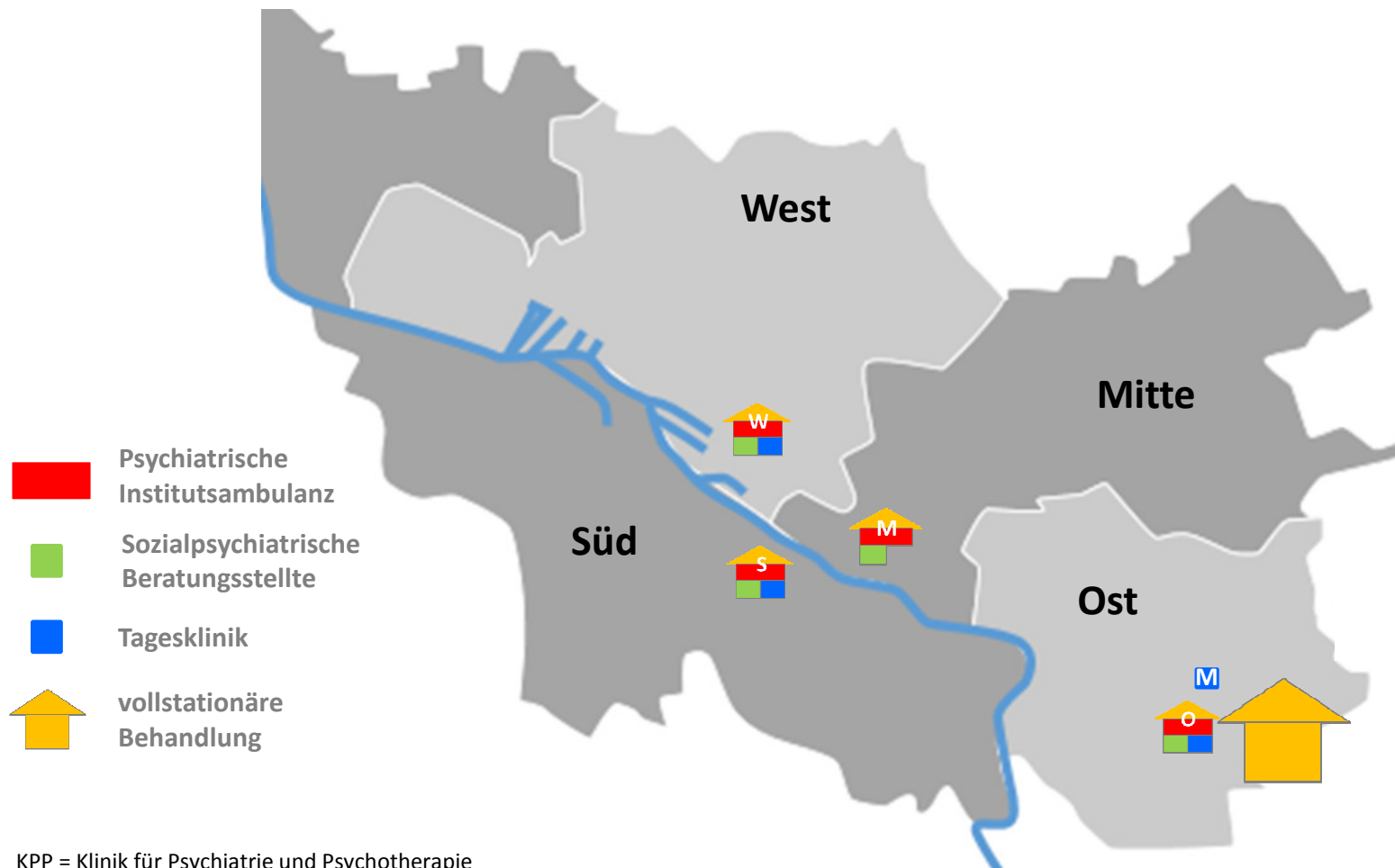
Deister A & Scheele J 2017

Primäre Zielgruppe

- häusliches, nicht genesungsschädliches Umfeld vorhanden
 - freiwillige Behandlung
 - zumindest vergleichbares Behandlungsergebnis mit stärker institutionalisierter Behandlung
- Patienten ohne harte Entlasshindernisse
(Unterbringung, fehlendes häusliches Umfeld)
AP: 50 %; GP: 70 %; Sucht 80 %
- Suchtpatienten z. T. mit fraglichem Benefit

Versorgungsstruktur KPP KBO 2018

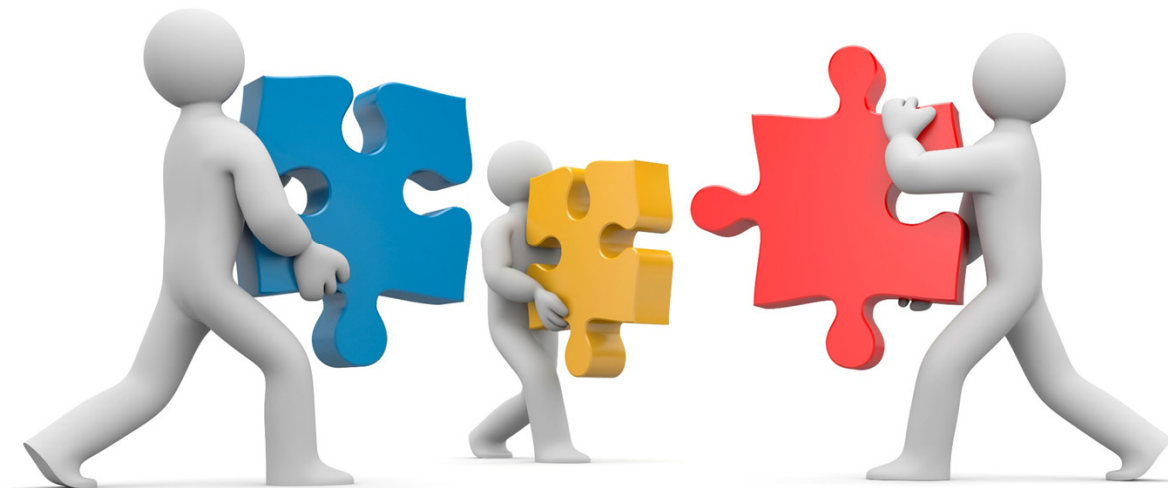
Orientiert an den Versorgungsbereichen des SGB V



KPP = Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
KBO = Klinikum Bremen-Ost

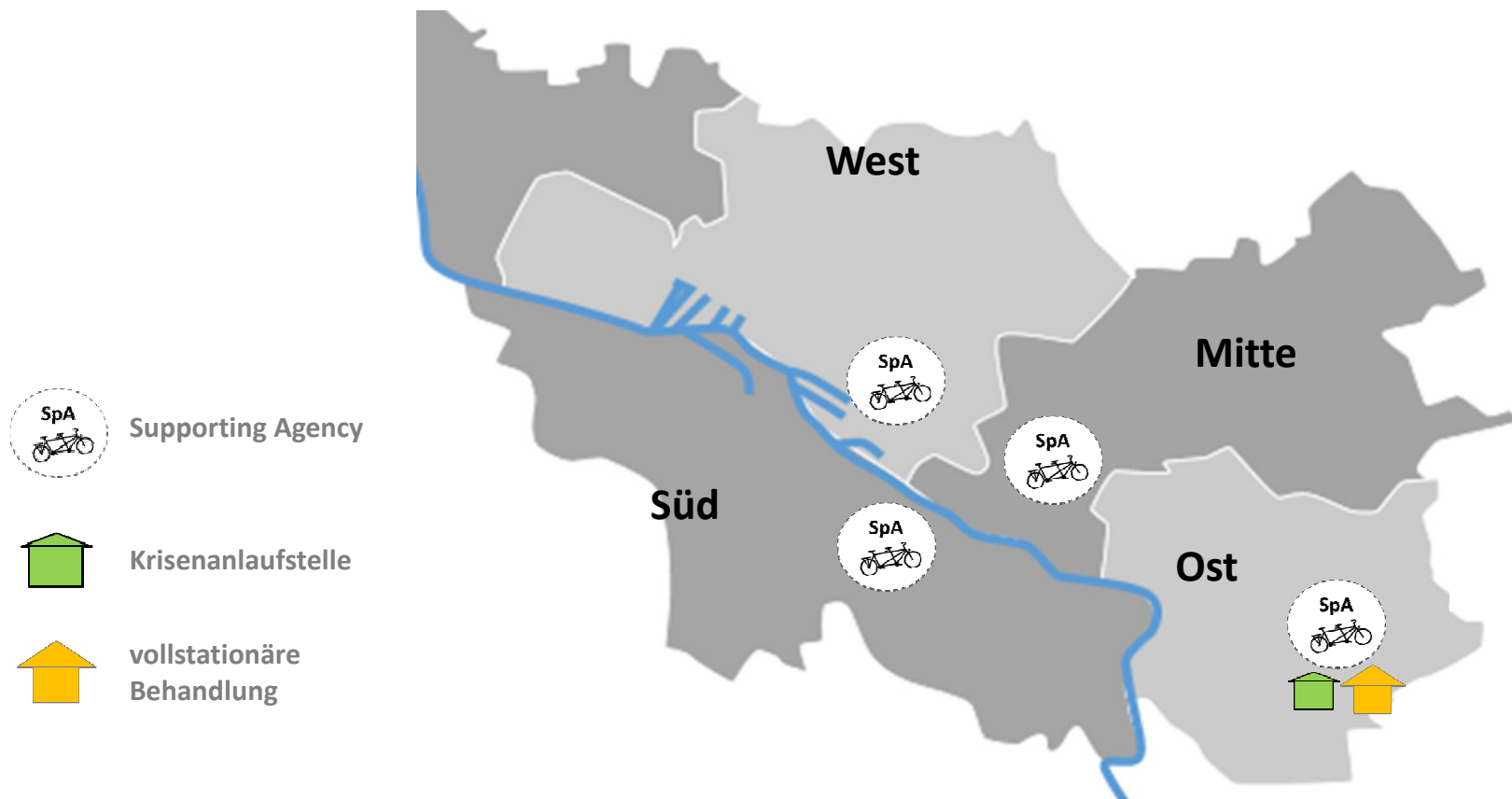
Ausgewogene, personenzentrierte Versorgung

Wahlmöglichkeiten für Patienten &
Interventionsvarianten für Behandler

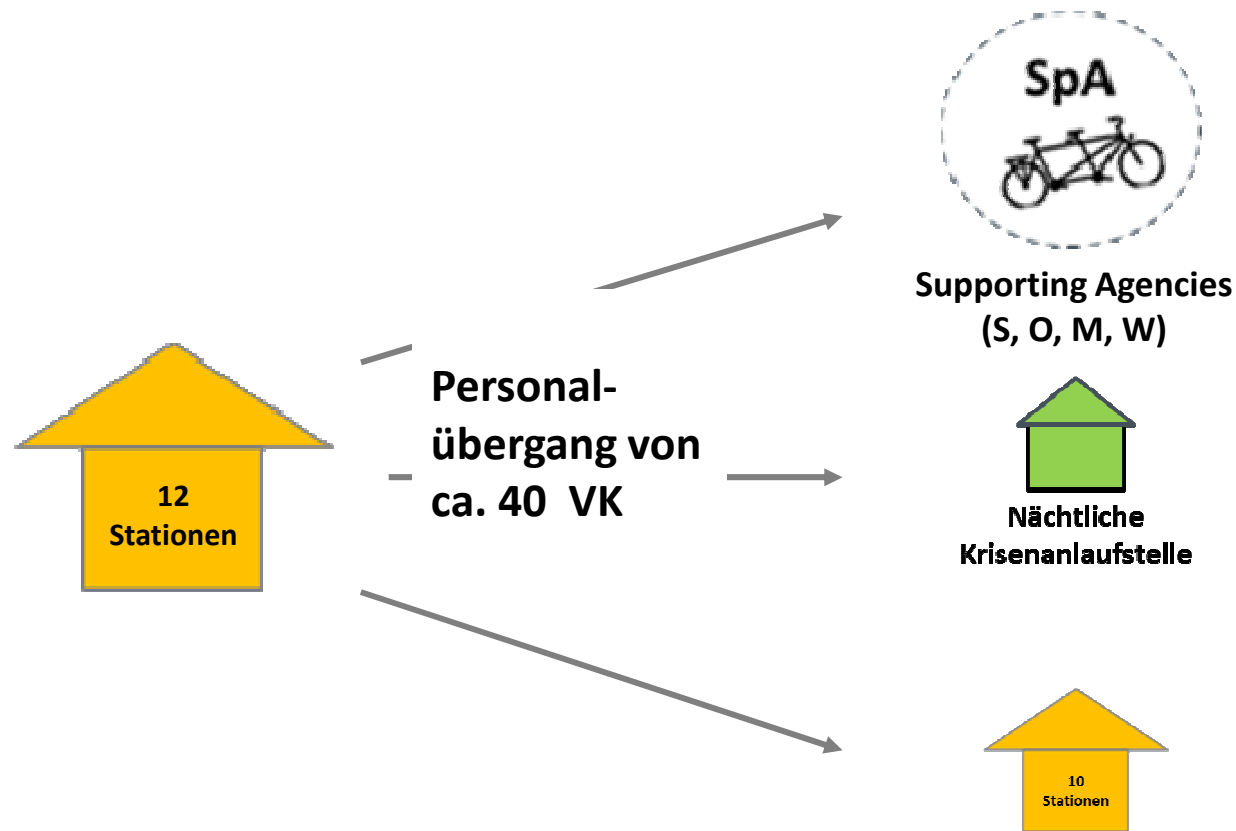


KPP KBO - Versorgungsstruktur 2024

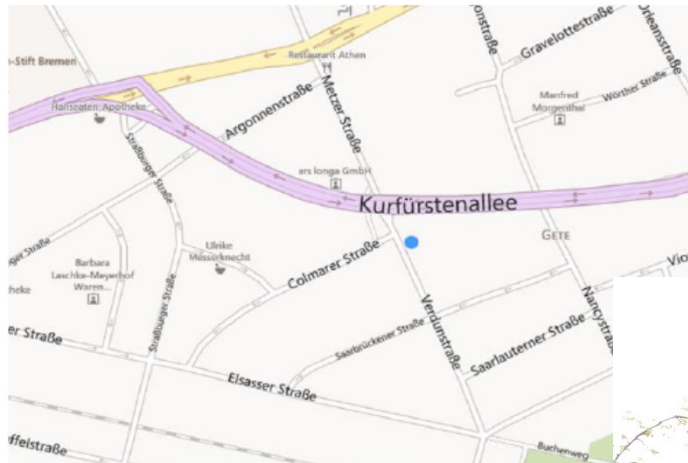
Orientiert an den Hilfebedarfen der Patienten



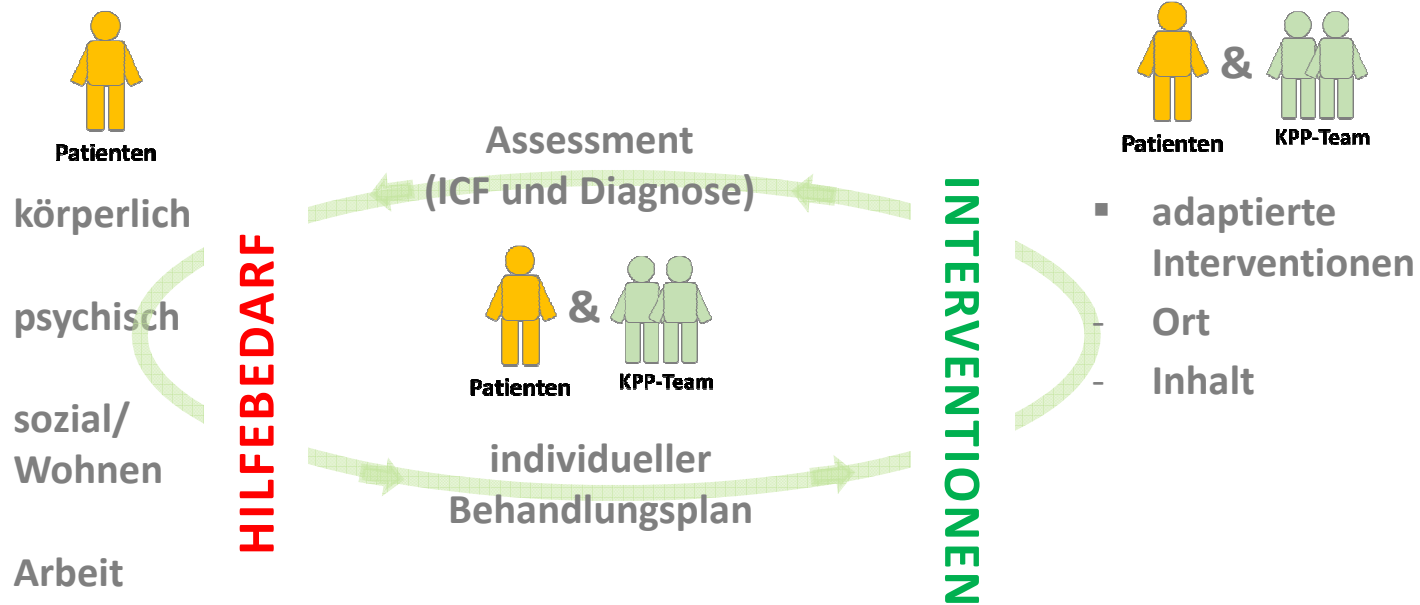
Transformationsszenario Versorgungsstruktur KPP KBO 2024



Bettenabbau nur mit Transformation !



Ausgewogene, personenzentrierte Versorgung KPP KBO 2024



ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health

„Supporting Agency“ 2024 - Funktion

- regionale, lebensumfeldnahe Unterstützungsagentur
- primäre Anlaufstelle
- Assessment (ICF, Diagnose)
- Casemanagement
- Behandlung, Schnittstellen (intern, extern), Kooperation



ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)
Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen.

Casemanagement
Einzelfallbezogene Koordination der medizinisch-psychiatrisch und psychosozialen Hilfen durch eine Einzelperson.

„Supporting Agency“ 2024 - Intervention



- aufsuchende Behandlung im Team (Plan- und Krisenbesuche) orientiert an CI, ACT
- leitlinienorientierte Behandlung Einzel- und Gruppenangebote, störungsspezifische Angebote, Psychoedukation
- Peer-Support durch Genesungsbegleiter

CI (Crisis Intervention)

Zeitlich begrenzte Akutbehandlung in akuten Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch ein multiprofessionelles Team.

ACT (Assertive Community Treatment)

Flexible, langfristige, teambasierte, aufsuchende und nachgehende Komplexbehandlung für Personen mit schweren psychischen Störungen. Zuständig für medizinische und soziale Versorgung.

Nächtliche Krisenanlaufstelle 2024

- **Niedrigschwellige, sozial eingebettete Anlaufstelle**
- **Krisenintervention und Überleitung**
- **Rückzugsraum**
- **mobiles Krisenteam**

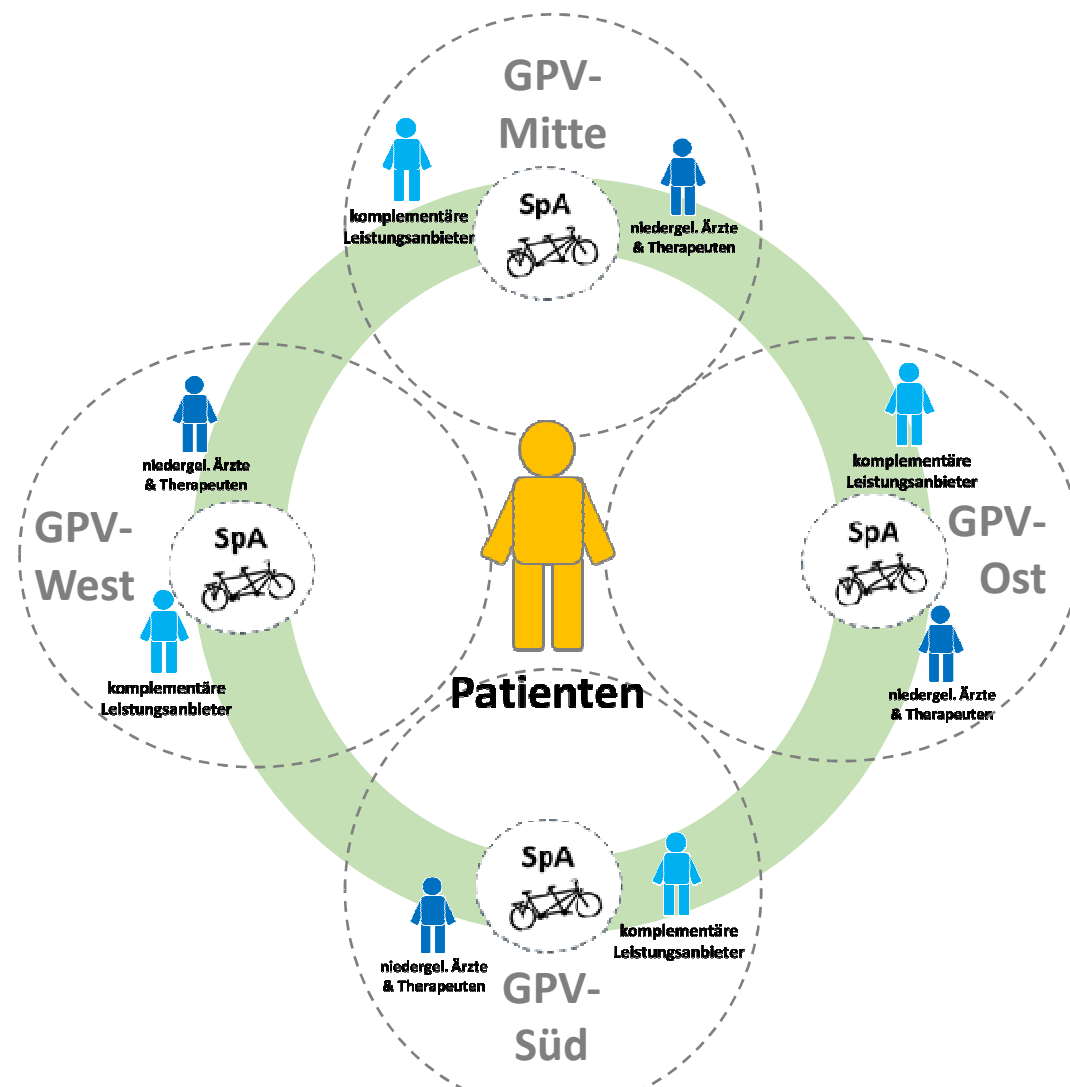


ZNA und Stationen 2024



- Zuweisung vorrangig durch „Supporting Agency“
- ZNA: Assessment und Weiterleitung an Supporting Agency bzw. stationäre Aufnahme
→ Reduzierung von Akutaufnahmen
- Akut- und Spezialstationen Allgemein-, Gerontopsychiatrie und Suchtmedizin

Schnittstellen und Kooperationen des ZPM 2024



Schnittstellen zu KV Bereich und komplementären Anbietern 2024

- **Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV) in vier Regionen**
- **Casemanagement durch Supporting Agencies in vier Regionen**
- **Patientensteuerung in regionalen Fall- und Hilfekonferenzen im GPV**
- **Assessment, partizipative Festlegung adäquater Interventionen**

Veränderungsprozess

Infrastruktur

- Region Mitte: neue Lokalisation *supporting agency*
- Regionen Süd, West: ggf. Ausbau der Räumlichkeiten
- Region Ost: neue Ausrichtung, Aufwertung Gesellschaftshaus
- Räumlichkeit Krisenanlaufstelle, Rückzugsraum

Veränderungsprozess

Personal

- Übergang von ca. 40 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem vollstationären Bereich in die *supporting agencies*
- Besetzung der psychiatrischen Aufnahme im Klinikum Bremen-Ost mit ambulant erfahrenen Mitarbeitern
- Schulung der Mitarbeiter in ambulanter Behandlung, Casemanagement, aufsuchender Behandlung
- Teambildung

Veränderungsprozess

Organisation / Prozesse

- Umstrukturierung stationäre Versorgung (Spezial- und Akutstationen)
- Umstrukturierung ambulante Versorgung (Casemanagement, aufsuchende Behandlung)
- Aufbau nächtliche Krisenanlaufstelle inkl. Rückzugsraum und mobilem Krisendienst
- Entwicklung von Patientenpfaden
- Neustrukturierung der Schnittstellen und Zusammenarbeit zwischen *supporting agencies*, vollstationärer Versorgung sowie KV-Bereich und freien Trägern

Veränderungsprozess

Behandlung

- Entwicklung einer koordinierten, leitlinienorientierten Behandlung (u. a. S3 Leitlinie Schizophrenie, S3 LL Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, S3 LL Alkoholbezogene Störungen)
- ambulante Ausrichtung
- über verschiedene Anbieter

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2024

- Psychosomatische Institutsambulanz
- Erweiterung Psychosomatische Tagesklinik
- Prävention

Zeitplanung Transformation ZPM KBO

Zeitleiste

Beginn: 01.01.2019

Vertragslaufzeit

- 5 – 8 Jahre
- Evaluation
- Festlegung der Bedingungen nach Beendigung der Transformationsbudgetphase



Regionale psychiatrische Behandlung und Betreuung von Menschen mit schweren, akuten und chronischen psychischen Erkrankungen sowie komplexem Hilfebedarf in Bremen

Stellungnahme des Arbeitskreises Psychiatrie und Sucht der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in Bremen

Die Träger der Wohlfahrtspflege haben sich in den letzten 30 Jahren beim Aufbau sozialräumlich orientierter, überwiegend ambulant organisierter Unterstützungsangebote engagiert.

Anlässlich der Veröffentlichung eines Konzeptentwurfes für die Entwicklung der Versorgung im Bremer Westen, der sich maßgeblich am Bürgerschaftsbeschluss von 2013 orientiert, haben alle LAG-Träger eine Grundsatzposition formuliert.

Die im Arbeitskreis Psychiatrie der LAG kooperierenden Leistungserbringer befürworten für alle Bremer Regionen (einschließlich der Stadt Bremerhaven) eine Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung für das Land Bremen, die sich an den Strukturmerkmalen des Modellkonzeptes West orientiert.

Notwendig wäre eine aktualisierte politische Beschlusslage, die alle psychiatrischen Kliniken im Land Bremen (Klinikum Bremen-Ost, Klinikum Bremen-Nord, Aneos Klinikum Dr. Heines, Klinikum Reinkenheide) und alle ambulanten Leistungserbringer einbezieht.

Die Träger begrüßen es, dass die politischen Entscheidungsträger nach der Veröffentlichung des Landespsychiatrieplans 2010 durch den Bürgerschaftsbeschluss 2013 und durch eine intensive Begleitung der fachöffentlichen Diskussion die notwendige Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu ihrer Sache gemacht haben. Das war für das Engagement der Träger motivierend und ermutigend.

Wir beziehen uns bei unserer Argumentation auf:

- Die psychiatriepolitische Diskussion in Bremen seit dem Erscheinen des Landespsychiatrieplans 2010
- Die evidenzbasierten S3- Leitlinien für psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, die v.a. auf der Forschung in England und Skandinavien basieren
- Erfahrungen aus anderen Regionen in Deutschland, die zeigen, dass eine Umstrukturierung der Versorgung im Sinne dieser fachlichen Evidenz realisierbar ist.

Viele weiterführende Ansätze in Bremen werden nicht mit der gebotenen Konsequenz verfolgt.

Wir sehen mit großer Sorge die derzeitige Entwicklung im Klinikum Bremen-Ost.

Trotz der Bekenntnisse zu Ambulantisierung und Regionalisierung werden Strukturen geschaffen, die den Bestrebungen zum Ausbau regionaler Strukturen zuwider laufen.

Beispielhaft zu nennen ist:

- Die Ankündigung der GeNo, der Psychiatrieleiter „möchte stärker auf so genannte „diagnosespezifische“ Behandlungen setzen und damit andere Schwerpunkte setzen als bisher“.¹
- Die Etablierung einer zentralen Leitung für den ambulanten Bereich.
- Die Aufgabe des Konzeptes regionaler Behandlungszentren durch zentrale spezialisierte Angebote am Standort Züricher Straße.
- Damit verbundene Vorstellungen zu erheblichen Investitionen von 42,6 Mio. Euro für „Umbau- und Ergänzungsbauten Psychiatrie“ an diesem Standort.²
- Die mehrfach öffentlich vorgetragene Rechtfertigung des hohen Bettenbestandes in Bremen und eines fachlichen Zusammenhangs zwischen „schwierigen“ Sozialstrukturen in Bremen und hoher Bettenzahl. Darin sehen wir eine Fehleinschätzung des Zusammenhangs von Sozialstrukturen und fachlicher Unterstützung. Dass Klinikbetten belegt werden, bedeutet nicht zwangsläufig, dass sie auch benötigt werden.³
- Die Prognose im Krankenhaus-Rahmenplan für die nächsten Jahre über einen Zuwachs von über 90 Betten.⁴
- Widersprüchliche Aussagen der Krankenkassen zur Fortführung der Regionalisierung, die in der Stellungnahme zur heutigen Sitzung der Deputation, das zentrale Anliegen einer Regionalisierung begrüßen⁵, in der Stellungnahme zum Krankenhausplan 2018-20221 für die Sitzung der Deputation am 21.08.2018 aber in Frage stellen, „ob die Fortsetzung des Regionalisierungsprozesses aus Behandlungs-, Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsgründen weiterhin zielführend ist“⁶

Um zu verhindern, dass diese Befürchtungen Realität werden, erwarten wir von den politischen Entscheidungsträgern eine aktualisierte Beschlusslage. Der Bürgerschaftsbeschluss von 2013 und die folgenden Berichte - insbesondere der erste Bericht an die Deputation für Gesundheit am 20.03.2014⁷ - zeigen detailliert auf, welche Problem- und Handlungsfelder bestehen.

¹ Presseerklärung Gesundheit Nord 08.04.2016

² Krankenhausinvestitionsprogramm. Deputationsvorlage L 41-19, Anlage 2 zur Sitzung vom 18.08.2016

³ Hierzu Prof. Arno Deister, Chefarzt des Klinikums Itzehoe, wo seit 2003 im Rahmen einer Budgetfinanzierung rund 50% der Betten abgebaut wurden: **„Ein nicht belegtes Klinikbett ist ein Widerspruch in sich“**

⁴ Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bremen zur Sitzung der Deputation am 16.08.2018

⁵ Ebd.

⁶ Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bremen zur Sitzung der Deputation am 21.08.2018

⁷ Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen – ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept. Erster Bericht an die Deputation für Gesundheit am 20.03.2014, Anlage zu L-119-18

Es muss gewährleistet werden, dass das erstrebenswerte Ziel, neue übergreifende Finanzierungskonzepte zu erreichen, nicht benutzt wird, um den Prozess zu verzögern.

Es ist möglich, auf der Grundlage der vorhandenen gesetzlichen Regelungen wesentliche Schritte voranzukommen, um dann später zu neuen Finanzierungsformen zu kommen.

Wir wünschen uns:

- Dass die Politik bindende politische Vorgaben für den weiteren, regional und sozialräumlich orientierten Ambulantisierungsprozess macht der aus dem Kontext ambulanter Erfahrungen zu konzipieren ist und nicht durch den der Kliniken.
- Einen unter der Federführung der Senatorinnen Gesundheit und Soziales geführten und moderierten Prozess unter Beteiligung aller relevanten Kostenträger und Leistungserbringer zur Erstellung eines Gesamtkonzeptes.
- Einen Auftrag zur Erstellung eines Landespsychiatrieplans 2020 als Gesamtkonzept und bei der Bearbeitung dieses Auftrages die Nutzung der seit dem Landespsychiatrieplan 2010 entwickelten Diskussions- und Planungszusammenhänge.
- Eine deutlich personelle Verstärkung der koordinierenden Gesundheitsbehörde, um die Steuerungsfunktion auch im Sinne einer engen Zeittaktung wahrnehmen zu können.
- Eine Auftragserteilung an die regional tätigen Leistungserbringer (Kliniken und ambulanten Leistungserbringer) zur Entwicklung regionaler Modelle mit einer auch räumlichen Integration der stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen der Behandlungszentren (einschließlich der Darstellung von finanziellen Ressourcen und organisatorischen Abläufen) und regionaler Krisenversorgung unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweiligen Region, der Genderleitlinien und der Erfahrungen aus den laufenden Modellprojekten
- Klare Zielzahlen und Zeitziele für die Zahl der zur Stärkung der ambulanten Strukturen aufzugebenden Klinikbetten.
- Seriöse Einschätzungen der investiven Kosten für Behandlungszentren in allen Regionen.
- Die für einzelne Leistungsangebote konkretisierte konstruktive Nutzung vorhandener gesetzlicher Möglichkeiten für den Übergang durch die Leistungsträger (Krankenkassen, Sozialhilfeträger), wie zum Beispiel:
 - die Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung unter Berücksichtigung der vorhandenen ambulanten Strukturen,
 - die Erfüllung der personellen und konzeptionellen Vorgaben der PsychPV,
 - fachlich angemessene und ausreichend finanzierte ambulante SGB-V-Leistungen
 - eine Umwidmung von Ressourcen zugunsten der Psychiatrischen Institutsambulanzen,
 - die Stärkung des Arbeitsförderbereichs im Rahmen der Eingliederungshilfe,
 - Trägerbudgets (als Start in Regionalbudgets) im Rahmen der Eingliederungshilfe, auch in Kombination mit persönlichen Budgets

Wir freuen uns sehr, dass nach langer Zeit der Diskussion, an der ich seit ca. 7 Jahren beteiligt bin, mit den Modellprojekten einige sehr vorsichtige Schritte in die richtige Richtung erfolgt sind.

Unser **erster Großer Wunsch** ist die **Verstetigung aller Modellprojekte** (von Herrn Utschakowski dargestellt) und deren **Weiterentwicklung** wie sie durch die **AG Qualität** quasi als Vision entworfen wurde

Die Überprüfung der Entwicklung sollte möglichst bald mit einer gezielten Datenerfassung erfolgen. Wir brauchen Transparenz bei folgenden Infos:

Bettenplanung geplanter Bettenabbau, Anzahl aufsuchender Teams

Wieviel Anfragen zur Behandlung gibt es?

Reaktionszeit von Anfrage bis erstem Besuch?

Wie viele Patienten werden durch Hausbesuche behandelt?

Anzahl Hausbesuche? Erfolg, Maßnahmen und andere Zahlen sollten erfasst werden um eine Entwicklung greifbar zu machen

Wir freuen uns auch sehr **über die Aktivitäten im Bremer Westen zum GPV**. Wo mit dem Konzept für den Westen diese Anforderungen konkretisiert wurden.

Durch **Lebensfeldnahe Hilfen** kann dieses Konzept zu einer **Entpsychiatisierung** des Hilfesystems führen. Multiprofessionelle Teams, Nachtcafé, Rückzugshäuser, Klinikbetten in der Region, regional organisierter Krisendienst, **Recoverykurse**, Begleitung in alltäglichen Situationen zum Sportverein, Bibliotheken, Unterstützung im Haushalt beim Aufräumen, Ordnung halten.

Wir wünschen uns dringend, eine entsprechende Entwicklung auch **in allen anderen Bremer Regionen**. **Besonders den Süden** sollte sich des Themas anzunehmen.

Die **Nachtcafés** möglichst in Verbindung mit Übernachtungsmöglichkeiten, sollten nach **übereinstimmenden Aussagen von Klienten und Mitarbeitern** die **ganze Nacht** durchgehend geöffnet haben. Die Zahl der Zwangseinweisungen hat sich in BHV soweit uns bekannt deutlich verringert.

Das bisher veröffentlichte **Entwicklungskonzept der Geno** passt nicht zu dem des Westens. Die etwas visionäre aber sicher erreichbare Umwandlung auf ein Drittel (45->15) verbleibende stationäre Betten ist nicht vorgesehen. Diese Betten müssen zudem direkt in der Region vorhanden sein. D.h. das bisherige Regionalisierungskonzept konsequent zu Ende führen

Die Kliniken Geno und Ameos-Heines, müssen sich an der Konzeptfindung zunächst im Westen **beteiligen**. Es steht u.E. nicht die Bettenkapazität zur Diskussion, (Vorbilder haben noch weniger stationäre Betten als im Bremer Westen vorgesehen) sondern **wie die Ziele** erreicht werden können. **Vorbereitung der MA** auf andere Arbeitsweise in multiprofessionellen Teams, Personalplanung im Dialog mit den MA. Für Beziehungskontinuität keine getrennten Abteilungen für stationäre und aufsuchende Behandlung usw.

Die **Krankenhausplanung** sieht noch **weiter steigende Bettenzahlen** vor (s. Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen 5.7.2018). Diese Planung muss in die Diskussion einbezogen werden. **Neubauten** wo auch immer, möglichst nicht im Park des KBO, dürfen erst dann erfolgen, wenn das Entwicklungskonzept steht und schlüssig abgestimmt ist. Von der **HS-Bremen** gibt es die Bereitschaft flexible Lösungen zu erarbeiten. Z.B. in studentischen Projekten.

Auch eine Fürsprache und Beschwerdestelle gibt es jetzt leider in federleichter Modellversion in Mitte und West. Dieser Ansatz muss zu einer zentralen Bremer Fürsprache und Beschwerdestelle entwickelt werden. Sie soll ein wichtiger Teil des Qualitätssystems und des Verbraucherschutzes werden.

Wir fordern auf jeden Fall diese zu **verstetigen** auch im Zweifel **weiter zu entwickeln** und wo notwendig zu stärken. Zur Orientierung gibt es **vorbildhafte vergleichbare Beschwerdestellen** in Deutschland (Berlin), deren Arbeitsweise auch in unserem ursprünglichem Konzept der EXPA e.V. eingeflossen sind

Finanzierungsmodell und auch ein Beispiel für den Gewinn aus dieser Art Unterstützung für Betroffene kann das **Bremer Beratungsbüro für Erziehungshilfen sein**

Derzeit habe ich sehr große Zweifel, dass die **Finanzierung der GPV sichergestellt** werden kann. Und zwar **für jeden Patienten unabhängig von seiner Krankenkasse.**

Wie ich in der Begleitgruppe erfahren musste, ist das auch bei einem Trägerübergreifenden Budget §64 nicht automatisch der Fall. Wir wünschen uns hier von allen Beteiligten mehr Fantasie, die Finanzierung im Einzelfall sicherzustellen. Auch u.U. mit dem persönlichen Budget, bei dessen Beantragung Betroffene von Kasse oder Träger unterstützt werden. Die Kassen sollten politisch generell mehr verpflichtet werden, sich an abgestimmten Finanzierungen zu beteiligen (z.B. IV-Verträge APP)

Das wünschen wir uns auch für die **Finanzierung der EX-IN-Ausbildung.** Weiterführende **Schulungen** evtl. durch den Arbeitgeber staatlich gefördert (**Studium** in Holland)

Der **positive Einfluss** von **Genesungsbegleiter*innen** auch als Fürsprecher ist hier mittlerweile allgemein anerkannt. Wir wünschen **mehr** Genesungsbegleiter*innen in allen Einrichtungen des Hilfesystems auch Ämter und Behörden, Polizei Agentur für Arbeit. Oder zumindest **Schulungen und geförderte Vorträge auch an Schulen können zur Entstigmatisierung und einem besseren Verständnis für psychische Erkrankungen beitragen.**

Daher soll es auch in der **Forensik Fürsprecher** geben. Das wird u.a. wohl die Aufsichtsbehörde und Besuchskommission von vielen Beschwerden über alltägliche Dinge entlasten und zu einem besseren Verhältnis zwischen Patienten und Pflegepersonal führen.

Ein Arzt in Großbritannien kann einem Patienten einen Genesungsbegleiter zur Seite stellen, per Verschreibung. Das wünschen wir auch hier. Evtl. selbständig arbeitende aufsuchende GB, die ähnlich wie Psychologen vermittelt werden.

Das wäre **neben den Multiprofessionellen Teams auch für Angehörige eine sehr große Hilfe. In schwierigen Situationen und bei der Nachsorge ist es sehr wichtig, dass das soziale Umfeld und damit die Angehörigen einbezogen werden. Konflikte sowie Faktoren die zu dieser Krise geführt haben müssen geklärt werden um anschließend entsprechende Hilfsangebote machen zu können.**

Angehörige haben anfangs oft kein Verständnis für den Betroffenen (s. Stigmatisierung) und **brauchen selbst Hilfe. Das muss ihnen deutlich gemacht werden. Auch, dass sie damit ihrem Kranken helfen würden. Das haben mir immer wieder Betroffene gesagt, die zu unserer SHG eingeladen waren. Langfristige Begleitung wäre nötig. Wir wünschen uns dafür angeleitete Gruppen.**

Wichtig sind auch Hilfeplankonferenzen in allen Regionen, die eine schnellere unbürokratische Reaktionen auf einen geänderten Hilfebedarf von Betroffenen ermöglichen.

Die **Beteiligung Betroffener und Angehöriger in den Gremien** hat bisher schon einiges verändert und für mehr Verständnis gesorgt, eine entscheidende Voraussetzung für ein bedarfsgerechtes, tatsächlich den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechendes **Hilfesystem**.

Besonders Angehörigen fällt es schwer, sich **persönlich zu engagieren** Wir wünschen uns Unterstützung bei der Motivation von ehrenamtlichen Helfern. Es gibt einen „Entwicklungsplan Bürgerbeteiligung“. Diesen etwa 2014 von der Bürgerschaft beschlossenen Plan gibt es bis heute nicht. Das sollte sich ändern.

Es gibt einen **Bremer Zukunftsrat "Zukunft Bremen 2035"**. Wenn nicht bereits geschehen, könnte die **Psychiatrieentwicklung dort eingebracht** und gesamtpolitisch abgestimmt werden

Wir sind der Überzeugung, dass jede Finanzierung vor allem in Bildung und Gesundheitssystem insbesondere der Psychiatrie in der Zukunft vielfältigen Gewinn bringt oder Folgekosten reduziert.. Politik und Gesellschaft muss auf allen Feldern Wege finden der zunehmenden Zahl psychischer Erkrankungen entgegenzuwirken (jeder 6. Student hat psychische Probleme).

Das Hilfesystem für Krebskranke ist nach meiner persönlichen Erfahrung vorbildlich organisiert. Ein entsprechend aufgestelltes Hilfesystem für psychische Erkrankungen könnte ebenso Leid und Kosten sparen.

Im Ausland oder auch in Deutschland als sinnvoll erkannten Maßnahmen und Konzepte sollten möglichst schnell auch bei kurzfristig finanziellen Mehraufwand als Investition in die Zukunft umgesetzt werden.