

Landes-Psychiatrieplan

Bremen 2010

Impressum:

Herausgeber/Bezug: Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und

Soziales

Abteilung Gesundheit

Referat: Gesundheitsplanung, Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe

Bahnhofplatz 29

28195 Bremen

Autor/-innen: Anton Bartling, Rebecca Lookhof, Günter Mosch, Janine Pfuhl,
Silke Stroth, Jens Riesenbergs, Antje Post (SAFGJS)

Tel.: 0421/361 –9556

Email: silke.stroth@gesundheit.bremen.de

Bremen, Sommer 2010

Inhaltsverzeichnis

| | |
|-------------------------|----------|
| Einleitung | 5 |
|-------------------------|----------|

Teil I Grundlagen und Grundsätze.....6

| | |
|--|-----------|
| 1. Psychiatriepolitische Leitgedanken | 7 |
| 2. Steuerung des psychiatrischen Versorgungssystems | 19 |
| 3. Prävention..... | 25 |

Teil II Psychiatrische Versorgungsangebote im Land Bremen**34**

| | |
|--|-----------|
| 1. Voll - und teilstationäre Versorgung | 36 |
| 1.1 Allgemeinpsychiatrie | 36 |
| 1.2 Suchtkrankenbehandlung..... | 52 |
| 1.2.1 Medizinische Rehabilitation..... | 54 |
| 2. Ambulante Versorgung..... | 57 |
| 2.1 Sozialpsychiatrischer Dienst und Krisendienst | 57 |
| 2.2 Psychiatrische Institutsambulanzen..... | 60 |
| 2.3 Niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten..... | 61 |
| 2.4 Ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie..... | 63 |
| 2.5 Selbsthilfe | 65 |
| 2.6 Suchtberatungsstellen | 65 |
| 2.7 Überlebenshilfe und Schadensminimierung..... | 67 |
| 2.8 Substitutionsbehandlungen | 68 |
| 2.9 Diamorphinbehandlung | 70 |
| 2.10 Ambulante medizinische Rehabilitation | 70 |

| | |
|---|-----------|
| 3. Komplementäre Versorgungsangebote | 72 |
| 3.1 Allgemeinpsychiatrische Versorgung (ohne Suchtbereich)..... | 73 |
| 3.1.1 Stationäre Wohnformen (Wohnheime) | 73 |
| 3.1.2 Ambulante Wohnformen (Betreutes Wohnen) | 75 |
| 3.1.3 Tagesstätten mit niedrigschwelligem Zugang..... | 76 |
| 3.2 Komplementäre Hilfen – Suchtkrankenversorgung..... | 76 |
| 3.2.1 Bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit..... | 76 |
| 3.2.2 Bei Abhängigkeit von illegalen Substanzen (Drogen)..... | 78 |
| 3.3 Arbeits- und Beschäftigungsangebote | 79 |
| 3.3.1 Werkstatt für Beschäftigung (WEBESO)..... | 79 |
| 3.3.2 Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) | 80 |
| 3.3.3 Integrationsfirmen/Integrationsprojekte | 80 |
| 3.3.4 Integrationsfachdienste bzw. berufsbegleitende Dienste..... | 80 |
| 3.3.5 Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke..... | 81 |
| 3.3.6 „Unterstützte Beschäftigung“ | 81 |
| 3.3.7 Berufliche Rehabilitation psychisch kranker und suchtkranker Menschen..... | 81 |
| 4. Spezielle Versorgungsangebote..... | 85 |
| 4.1 Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikum Bremen-Ost..... | 85 |
| 4.2 Forensische Psychiatrie (Maßregelvollzug) | 86 |
| 4.3 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung | 94 |
| 4.3.1 Ambulanter Bereich | 94 |
| 4.3.2 Sozialpsychiatrischer Dienst für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KIPSY) | 96 |
| 4.3.3 Psychiatrische Institutsambulanz | 96 |
| 4.3.4 Stationärer Bereich..... | 96 |
| Anhang | 99 |

Einleitung

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales legt hiermit auf der Grundlage des Bremischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (§34 PsychKG) den aktuellen Psychiatrieplan für das Land Bremen vor.

Der letzte Landes-Psychiatriebericht wurde im Jahr 1995 vorgelegt, in 2005 wurden die kommunalen Psychiatriepläne von Bremen und Bremerhaven aufgelegt.

Besondere Relevanz erhält der aktuelle Psychiatrieplan u.a. durch die Tatsache, dass in Deutschland ebenso wie im gesamten Europa psychische Erkrankungen zunehmend häufiger diagnostiziert werden und vom Versorgungssystem – ebenso wie von der gesamten Gesellschaft - zu bewältigen sind. Dies erfordert einen überlegten Einsatz begrenzter ökonomischer Ressourcen sowie eine effiziente Steuerung, Kooperation und Koordination des psychiatrischen, psychotherapeutischen und sozialen Hilfesystems in der Region. Dies wiederum setzt konsequente Qualitätssicherung und Evaluation voraus.

Der vorliegende Psychiatrieplan des Landes Bremen legt in Teil I psychiatriepolitische Leitgedanken vor, die die Handlungsfelder für das kommende Jahrzehnt skizzieren. Es schließt sich ein Abriss der Steuerungsstrukturen im Bremer psychiatrischen Versorgungssystem an sowie ein Blick auf Prävention psychischer Erkrankungen, bevor in Teil II eine Detailbetrachtung der einzelnen Versorgungssegmente erfolgt, gegliedert nach Angebotsstruktur einerseits und Inanspruchnahme andererseits.

Teil I

Grundlagen und Grundsätze

Nach mehr als 35 Jahren Psychiatriereform kann Bremen ein ausdifferenziertes psychiatrisches Versorgungssystem vorweisen. Aber damit ist die Reform nicht beendet - die Verschiebungen im Krankheitsspektrums sowie die veränderten fachlichen, rechtlichen und ökonomischen Anforderungen lassen den Bedarf für eine Weiterentwicklung nach wie vor aktuell erscheinen. Vor diesem Hintergrund sind dem vorliegenden Psychiatrieplan des Landes Bremen Leitgedanken für die künftige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung vorangestellt, die ein psychiatriepolitisches Rahmenkonzept für die zukünftige Entwicklung der Psychiatrie im Land Bremen skizzieren.

Diese Leitgedanken sollen als Grundlage für zukünftige Gespräche und Verhandlungen mit den relevanten Akteuren - Leistungserbringern, Kostenträgern, Kammern, Fachgesellschaften, Dach- und Berufsverbänden und Patienten- bzw. Angehörigen-Vertretern¹ - dienen.

¹ Im vorliegenden Text wird der Lesbarkeit wegen überwiegend die männliche Sprachform benutzt; wenn nicht anders angegeben steht sie grundsätzlich für beide Geschlechter.

Kapitel

1

1. Psychiatriepolitische Leitgedanken

Die heutigen Strukturen der deutschen wie auch der bremischen Psychiatrie gehen im Ansatz zurück auf die umwälzenden Entwicklungen in der Folge der **Psychiatrie-Enquête** von 1975². In den darauf folgenden 25 Jahren hat sich insbesondere die Situation der chronisch psychisch Kranken³ radikal verändert. Ihre Versorgung, die sich seit Jahrzehnten auf asylare Verwahrung in den Heil- und Pflegeanstalten - Großkrankenhäusern am Rande der Städte bzw. auf dem flachen Land mit teilweise inhumanen Zuständen - beschränkte, wurde umgestellt auf das Prinzip einer wohnortnahen, lebensfeldorientierten Behandlung und der Ausgestaltung der Lebensbereiche Wohnen, Arbeit/ Beschäftigung und Alltagsgestaltung. Angestrebt wurde eine gemeindepsychiatrische Versorgungsstruktur nach dem Vorbild der community-mental-health-Bewegung in den USA und Großbritannien.

Im Land Bremen wurde zunächst begonnen, Strukturen aufzubauen, die später die Auflösung des psychiatrischen Landeskrankenhauses Kloster Blankenburg ermöglichen. Zu diesen Strukturen gehörten:

- die Organisation der stationären Versorgung in fünf Sektoren der Stadtgemeinde Bremen sowie Bremerhaven - mit verbindlichem Versorgungsauftrag für alle psychisch Kranken mit Wohnsitz in der jeweiligen Region,
- der Aufbau eines ambulanten und komplementären⁴ Systems in den Regionen, insbesondere die Einrichtung sozialpsychiatrischer Dienste in den Regionen und die Schaffung sektorale zugeordneter Wohn- und Beschäftigungsangebote,
- die Auflösung des Klosters Blankenburg - damals Außenstelle des heutigen Klinikums Bremen-Ost - und Integration der Patienten in die regionale Versorgung.

Der in den 80er Jahren begonnene Umbau des Bremer psychiatrischen Versorgungssystems wurde mit hohem Engagement von Politik, Patienten und ihren

² Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (1975). Drucksache 7/4200-4201

³ Die Langzeitunterbringung in den psychiatrischen Großkrankenhäusern betraf damals sowohl psychisch Kranke als auch geistig Behinderte. Die Versorgungssysteme beider unterschiedlicher Gruppen haben sich in der Folge der Psychiatrie-Enquête sinnvollerweise getrennt. Im Kontext dieses Plans geht es (fast) ausschließlich um die Gruppe der psychisch Kranke.

⁴ Der Begriff komplementär entstand in der Zeit, als die psychiatrische Versorgung chronisch Kranke fast ausschließlich in den Kliniken stattfand und die lebensfeldorientierten Hilfen dazu einen ergänzenden, also komplementären Charakter hatten. Heutzutage hat sich das Verhältnis tendenziell umgekehrt. Siehe dazu auch die Einleitung zu Kapitel 3.

Angehörigen, von Verbänden und Initiativen sowie den Krankenkassen betrieben.

Die vergangenen Jahre waren vom **Ausbau der Regionalisierung unter gleichzeitigem Abbau vollstationärer Krankenhausbetten und der Förderung ambulanter Strukturen** in Form von Regionen-bezogenen psychiatrischen Behandlungszentren, von psychiatrischen Institutsambulanzen, Ambulanter psychiatrischer Pflege/ Soziotherapie, von Wohn- und Beschäftigungsformen u.a. geprägt. Ohne das Engagement und die Bereitschaft der Träger der Freien Wohlfahrtspflege in Bremen wäre es nicht möglich gewesen, klinische Betten in der erfolgreichen Art und Weise und in dem Umfang, wie es in den zurückliegenden Jahren und Jahrzehnten erfolgte, abzubauen. Die Freien Träger entwickelten in Bremen eine umfangreiche Palette an qualifizierten Angeboten im Betreuten Wohnen, im Heimwohnen und an tagessstrukturierenden Beschäftigungs- und Arbeitsangeboten insbesondere für die bis dahin kaum beachtete und in den Langzeiteinrichtungen lediglich verwahrte Gruppe chronisch psychisch kranker Menschen.

Weitere Schritte auf dem Weg der Regionalisierung waren die **Integration der Suchtbehandlung in die psychiatrische Versorgung**, verbunden mit der Aufgabe des Standorts in Sebaldsbrück, der Einbezug der privaten Klinik AMEOS Klinikum Dr. Heines in die Pflichtversorgung und die Integration des sozialpsychiatrischen Dienstes in die neu entstandenen regionalen Behandlungszentren.

Im Regionalisierungsprozess wurde zudem die Versorgung psychisch kranker alter und höchstaltriger Menschen mit berücksichtigt. Die krankenhausbezogene Behandlung wurde in die Dezentralisierung der Allgemeinpsychiatrie/Erwachsenenpsychiatrie integriert und damit ebenfalls sektorbezogen gemeindenah und niedrigschwellig organisiert. Insofern wird der Bereich der klinischen Gerontopsychiatrie im Landeskrankenhausplan auch nicht gesondert ausgewiesen.

Diese breit gefächerten und intensiven Aktivitäten haben dazu geführt, dass psychische und suchtkranke Menschen in Bremen heute überwiegend in ihrem Wohnumfeld und dabei mehr und mehr ambulant und teilstationär versorgt werden.

Eine zentrale Rolle im Prozess der Regionalisierung in Bremen stellen die auch bundesweit als beispielhaft angesehenen **regionalen psychiatrischen Behandlungszentren** mit idealiter regionalisierten stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten dar. Insbesondere für chronisch und schwer psychisch Kranke, die bis zu diesem Zeitpunkt ausschließlich stationär versorgt wurden sowie für psychisch kranke Menschen mit Einschränkungen in der Alltagsbewältigung, also Menschen mit bereichsübergreifendem Hilfebedarf bieten sie eine wohnortnahe, niedrigschwellige Hilfeeinrichtung mit abgestuften Beratungs- und Behandlungsformen. Ihre weitere Ausgestaltung heute wird aber nach wie vor von strukturellen sowie rechtlichen Gegebenheiten begrenzt, die das gesamte Sozial- und Gesundheitssystem kennzeichnen.

So ist im internationalen Vergleich das soziale 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 (siehe Abb.1).



Abbildung 1: Sozialgesetzliche Grundlagen, die für die psychiatrische Versorgung relevant sind

In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung stellt die starke **Trennung zwischen den Sektoren ambulant und stationär** mit sektorale getrennten Budgets für vollstationäre, teilstationäre bzw. ambulante Behandlung im GKV-finanzierten Bereich sowie die sich unabhängig davon entwickelnden steuerfinanzierten Hilfesysteme insbesondere nach SGB XII eines der größten Probleme dar. Das Nebeneinander der Hilfestrukturen hat in der Praxis häufig zur Folge, dass anstelle der Nutzenmaximierung Steuerungsanreize betriebswirtschaftlicher und administrativer Art dominieren. So erschweren die Vielzahl der Kostenträger – Gesetzliche Krankenversicherung, Rentenversicherung, Sozialleistungsträger - und auch die Vielzahl der verschiedenen Leistungsangebote zum einen bedarfsoorientierte, 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. Zukünftig werden hier verstärkt Vorgaben zur Qualitätssicherung, verbunden mit Prüfaufträgen mit den Trägern vereinbart werden müssen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung sind häufig die Folge suboptimaler Systemintegration; das bedeutet z.B., manche Patienten haben schlechten Zugang zu Hilfen (z.B. Bevölkerungsgruppen aus bildungsfernen Schichten, Alte, Migranten) oder sie erhalten nicht die Leistungen, die sie brauchen, sondern die das jeweilige System gerade vorhält oder aber sie erhalten ein „Zuviel“ an Hilfen (wenn beispielsweise „normale“ Lebenskrisen eine Pathologisierung und Medikalisierung erfahren).

Für die Gruppe der psychisch Kranken, die ihre Krankheit in unterschiedlichen Intensitäten und Phasen durchleben, deren Behandlungsepisoden häufig lang und rezidvierend sind und für die der Behandlungserfolg in ganz besonderer Weise mit der Kontinuität der therapeutischen Beziehungen verbunden ist, ist das Prinzip der **Versorgung „aus einer Hand“** in besonderem Maße geboten.

Denn bisher haben die fragmentierten Strukturen für viele dieser Patienten nicht nur zu Intransparenz und erschwertem 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 – neben der Integrierten Versorgung z.B. Gemeindepsychiatrische Verbünde, Regionalbudgets oder Management-Gesellschaften (siehe dazu weiter unten) -, konnte die beschriebene **Strukturproblematik bisher nicht grundsätzlich und in der Fläche überwunden werden**.

Eines der mehrfach und in verschiedenen Varianten umgesetzten Beispiele für sektorenübergreifende Behandlungsmodelle stellen die Verträge im Rahmen der **Integrierten Versorgung (IV)** dar, für die der Gesetzgeber 2004 die gesetzliche Grundlage in Form des §140a SGB V geschaffen hat. IV-Verträge verpflichten ihre Vertragspartner zur **sektorübergreifenden und multiprofessionellen Kooperation**, sie ermöglichen **autonome Budgetsteuerung** und hinsichtlich der leistungsrechtlichen Ausgestaltung **hohe Flexibilität**. Sie stellen derzeitig das weitreichendste Instrument zur verbindlichen Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern, ambulanten Leistungserbringern und Kostenträgern dar. Allerdings ist es in den letzten Jahren noch kaum gelungen, dass sie in der Fläche einer Region eine gesamte Population einbeziehen. Außerdem bergen sie neben ihren Möglichkeiten auch potentielle Nachteile: Die unterschiedlichen Verträge einzelner Krankenkassen mit unterschiedlichen Ein- und Ausschlusskriterien **vergrößern die Unübersichtlichkeit**, insbesondere für den Patienten. **Selektionskriterien** schließen bestimmte Patientengruppen von hilfreichen Maßnahmen aus. Malus-Regelungen – der Quasi-Ausschluss bestimmter Leistungen wie z.B. stationärer Behandlung unabhängig vom individuellen Hilfebedarf – sowie eingeschränkte Arzt- und Krankenhauswahl können die Versorgungsqualität für einzelne eingeschlossene Patienten verschlechtern. Für die Patienten, die aufgrund ihrer Diagnosen oder anderer Aspekte von IV-Verträgen ihrer Kasse ausgeschlossen sind oder nicht teilnehmen wollen, sowie für Patienten anderer Kassen ohne IV-Verträge entsteht die potentielle Gefahr, durch einen finanziell ausgedünnten „Restbetrieb“ versorgt zu werden. Außerdem bezieht sich Integrierte Versorgung nur auf den SGB V-Bereich – damit besteht das strukturelle Risiko, dass die nötige kooperative Leistungserbringung über verschiedene Sozialgesetzbücher hinweg aus dem Blick gerät. Die jeweilige regionale Ausgestaltung der IV muß also trotz ihrer grundsätzlich positiv zu bewertenden Intentionen und Möglichkeiten auch kritisch betrachtet und begleitet werden.

Neben einer gewachsenen Anzahl verschiedener IV-Verträge ist die heutige psychiatrische Versorgungslandschaft insbesondere von einer **großen, in Art und Anzahl z.T. unübersichtlichen Menge verschiedener Leistungserbringer** geprägt. Dieser 'Wildwuchs' an Anbietern und Verträgen hat heute zu einer weiteren Fragmentierung der psychiatrischen Versorgung geführt. Mangels anderer Steuerungs- und Anreizsysteme orientieren sich die Träger an den **Regeln des Marktes, nämlich Konkurrenz, Wettbewerb, Marketing, Ökonomie**. Hierbei besteht die Gefahr, dass Eigeninteressen der Trägerorganisationen die Patientenbedarfe überformen und dass anstelle von konstruktiver Schnittstellenkooperation ein ‚Verdrängungswettbewerb‘ eintritt, wie es in Bremen z.T. zwischen stationärem und ambulatem Bereich zu beobachten ist. Damit wird die Tendenz wahrscheinlich, dass es aus betriebswirtschaftlichen

Interessen heraus verstärkt zu einer **Selektion von leichter Erkrankten**, zu einem **Halten der Patienten in der eigenen Versorgungsform**, zur **Reduktion der Personaldichte und -qualität** und der **Abschottung** gegenuber anderen Leistungsanbietern kommt.

Überspitzt formuliert scheint sich eine Tendenz abzuzeichnen, dass das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem immer weniger von fachlichen Prinzipien, als vielmehr von **parallelen und untereinander konkurrierenden Strukturen** dominiert wird. **Wettbewerb** ist jedoch in diesem Bereich nur unter bestimmten Rahmenbedingungen ein sinnvolles Steuerungsinstrument – nämlich dann, wenn er primär **unter der Perspektive von Qualität** und nicht von Leistungsabbau geführt wird.

Im Gegensatz zur somatischen Medizin haben Psychiatrie und Psychotherapie bzgl. **Qualitätsmanagement** noch keine klar strukturierte Perspektive, diese gilt es vielmehr erst aufzubauen. Auf diesem Weg kann die Entwicklung und Umsetzung von einzelnen Leitlinien, von übergreifenden Behandlungs- und Versorgungspfaden einschließlich Case Management-Strukturen sowie der Evaluation dieser Maßnahmen ein wichtiger Schritt sein. Psychiatrisch-psychotherapeutische Qualitätsicherung ist perspektivisch jedoch über die Implementierung von Leitlinien und Behandlungspfaden hinaus in einen umfassenderen Kontext zu stellen, der erlaubt, den **Nutzen einzelner unterschiedlicher Maßnahmen für den 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.. gemessen werden. Daneben geht es immer auch um eine **konomische Bewertung der Ergebnisqualität** psychiatrisch-psychotherapeutischer Leistungen, die den Kostenträgern eine Abschätzung erlaubt, inwiefern die Erfüllung des sozialgesetzlichen Auftrags unter kosteneffektivem Mitteleinsatz erfolgt.

Langfristig ist für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Qualitätsicherung nötig, die bereits etablierten Qualittsicherungs- und Dokumentationsystematiken 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 berinstitutionell die Aufgabe ‚Qualitätsicherung in Psychiatrie und Psychotherapie‘ für das Land Bremen vorantreiben.

Die weitere Ausgestaltung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems einschließlich der Qualitätsicherung im Land Bremen ist **grund+sätzlich und konsequent vom Patienten** und nicht primär von den Interessen der Leistungs- oder der Kostenträger her zu denken und zu planen.

Für die Struktur- und Prozessqualität in den Einrichtungen für psychisch kranke Menschen bedeutet das eine Verpflichtung auf eine **personen- und beziehungszentrierte** Behandlung mit **Betreuungskontinuität**. Letztere sollte sich einerseits auf die Dimension Zeit beziehen – d.h. Patienten sollten idealiter über den gesamten Verlauf ihrer Behandlung und möglichst auch bei wiederholten Aufnahmen von den gleichen Personen, also im Rahmen gewachsener Beziehungen, zumindest aber vom gleichen Behandlungsteam betreut werden. Zum anderen geht es um personale Kontinuität beim Wechsel der Behandlungsebenen, nämlich z.B. beim Übergang von voll- zu teilstationärer oder ambulanter

bis hin zu aufsuchender Versorgung in der Häuslichkeit und im Rahmen komplementärer Hilfen. Außerdem ist für die Patienten i.d.R. ein möglichst **geringer Institutionalisierungsgrad** von Vorteil, so dass therapeutische Zweckmäßigkeit anstelle starrer organisationsbedingter Regularien den Behandlungs- und Betreuungsrahmen definieren. D.h. kleine, gemeindenah, individualisierte Behandlungs- und Betreuungsformen, die komplexe statt additiver Hilfen leisten, verbunden mit einer über Strukturen und längere Zeiträume hinweg gleichbleibenden Betreuungs- und Koordinierungsperson bzw. einem Betreuungsteam (Case Management bzw. Assertive community treatment) sind prinzipiell zu befürworten. Strukturelle und finanzielle Anreizsysteme sowie Betreiber und Einrichtungen müssen sich an diesem obersten Leitgedanken orientieren.

Die Orientierung am Patienten bedeutet auch, das Prinzip des **Trialogs**, d.h. die Einbeziehung der Angehörigen als konstituierendes Element der therapeutischen Beziehung in möglichst allen psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfe-Angeboten fest zu etablieren. Es kann ebenso bedeuten, das **Erfahrungswissen** von (ehemals) Betroffenen durch ihre Anstellung in den psychiatrischen Einrichtungen zu nutzen. Ebenfalls sollten fortschrittliche **community-basierte Behandlungs- und Versorgungskonzepte** wie z.B. das Konzept des Mobilen Kriseninterventions-Teams (MKIT), das Need adapted treatment-Konzept für Psychose-Erkrankungen aus dem nordeuropäischen Raum und andere Formen des ‚home treatments‘, wie sie besonders im angloamerikanischen Raum praktiziert werden, in Bremen verstärkt aufgegriffen werden.

Für chronisch kranke bzw. aufgrund ihrer seelischen Erkrankung behinderte Menschen eröffnet die Möglichkeit des **Persönlichen Budgets** (§17 SGB IX) weitere Möglichkeiten der Selbstbestimmung, nämlich Art und Umfang von Behandlungs- und Betreuungsleistungen in eigener Regie (mit Unterstützung) zu wählen. In jedem Fall muss die **Hilfeplanung** von Beginn an effizient und unter Einbeziehung aller Leistungserbringer sowie des Patienten und seiner nahen Angehörigen erfolgen. Hier ist das Instrument des Bremer Hilfeplans (BHP) ein erster Schritt in die richtige Richtung.

Außerdem bedeutet Patientenorientierung in der Psychiatrie auch, dass die Mitarbeiter des psychiatrischen Hilfesystems in ihrer fachlichen Ausrichtung und Qualifizierung eine **psychotherapeutisch fundierte Grundhaltung** einnehmen. Dies wirkt der Gefahr einer verengten symptomorientierten und/oder von Pharmakotherapie dominierten psychiatrischen Versorgung, die in früheren Zeiten nicht selten von unpersönlicher Beziehungsgestaltung und einer kustodialen und medizinalen Grundhaltung geprägt war, entgegen.

Generell könnte eine strukturell und personell stärkere Verzahnung **der Psychiatrie mit der Psychotherapie** eine umfassendere und auch therapeutisch nachhaltigere Behandlungsperspektive für psychisch kranke Menschen bedeuten. Denn in der Realität bestehen immer noch zwei bzw. drei unterschiedliche Domänen nebeneinander: das klassische psychiatrische Versorgungssystem auf der einen Seite und die Systeme Psychotherapie und Psychosomatik auf der anderen Seite. Die Psychosomatik hat ihre Wurzeln in der somatischen Medizin, ohne dort – trotz Verbesserungen in bestimmten Bereichen - generell anerkannt zu sein. Die Psychotherapie ist darüber hinaus bis heute vom Streit der unterschiedlichen Schulen geprägt, wie auch von einer Abgrenzung gegenüber den klassischen psychiatrischen Diagnosen (z.B. psychotischen Störungen), für die sie sich überwiegend nicht zuständig fühlt. **Die Integration von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik** ist zwar formal erfolgt - wie beispiels-

weise im Rahmen fachärztlicher Ausbildungsgänge - nach wie vor bestehen jedoch Abgrenzungen untereinander, sodass letztendlich trotz einer größeren Durchlässigkeit die drei Systeme noch mangelhaft verbunden sind.

Es wäre wünschenswert, dass sich **Psychotherapeuten** stärker an der im Engeren psychiatrischen Versorgung beteiligen. Das setzt voraus, dass sich die psychiatrischen und psychotherapeutischen, bis dato institutionell, professionell und ideologisch – selbst im kleinen Bremen - weitgehend getrennten Welten aufeinander zu bewegen. Dafür müsste sich die psychotherapeutische Gemeinschaft auf eine größere Öffnung einlassen, d.h. z.B. auch schwerer gestörte Patienten behandeln; sie müsste ihre Behandlungssettings modifizieren, um auch so genannte ‚nicht-Wartezimmer-geeignete‘ Patientinnen und Patienten angemessen zu versorgen. Die enge Schulen-Orientierung müsste bedarfsbezogener Kooperation mit Kollegen anderer Therapierichtungen weichen. Die Kooperation mit anderen involvierten Hilfesystemen und dem Lebensumfeld des Patienten wie z.B. Angehörigen, Haus- und Fachärzten, psychiatrischen Fachdiensten etc. müsste sich substantiell verstärken. Strukturelle Voraussetzung dafür wäre eine Anpassung bundesweiter Regelungen wie z.B. der Psychotherapie-Richtlinien oder der Honorarsystematik, die derzeit innovative, kooperative Ansätze in der Psychotherapie - z.B. verfahrensübergreifende Behandlung, strukturierte Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern oder Beteiligung an Kriseninterventionen - erschwert. Insgesamt könnten derartige Maßnahmen eine gerechtere Ressourcenallokation zwischen der Psychiatrie, insbesondere der ambulanten Psychiatrie und der Psychotherapie bewirken. Die Psychiatrie auf der anderen Seite sollte anerkennen, dass heutige ambulante Psychotherapie nicht primär eine ‚Luxus-Versorgung‘ von vorrangig einkommensstarken, gut situierten, leicht erkrankten Patienten darstellt.

Im Kontext der weiteren Ausdifferenzierung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems ist der Blick allerdings auch auf eine bisher wenig wahrgenommene Problemaik zu richten: nämlich die sich abzeichnende **neue Form der Hospitalisierung**. Die Verkleinerung der psychiatrischen Großkliniken hat zwar dazu geführt, dass psychisch kranke Menschen heute überwiegend in kleineren Betreuten Wohnformen im Stadtgebiet leben, jedoch birgt diese Lebensform das Risiko einer erneuten Ausgrenzung und damit Stigmatisierung in sich, zumal sich auch alle anderen Lebensbereiche wie die Gestaltung des Tagesablaufs oder lohnabhängiges Arbeiten im System der ‚betreuenden Psychiatrie‘ abspielen. Diese Entwicklung ist zu reflektieren und es ist ihr dort, wo es möglich ist, entgegenzuwirken, denn Integration – im Sinne des Einbeziehens ausgegrenzter Gruppen – und Inklusion – im Sinne des frühzeitigen Einschlusses aller Gruppen von Kranken und Behinderten zur Verhinderung von Ausgrenzung - sind fortlaufende Prozesse, die gerade auch unter Bedingungen gesellschaftlicher und ökonomischer Krisen besonderer Beachtung bedürfen.

Die Ziele der Psychiatrie-Reform der 70er und 80er Jahre - **alle abgestuften Hilfeformen nach Bedarf, unter größtmöglicher Normalität und unter Mitwirkung des Patienten vorzuhalten** - sind auch im Land Bremen noch nicht zu Ende gebracht und es bedarf heute – unter den aktuellen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen – eines weiteren Entwicklungsschubs, der schwerpunktmaßig auf **Transparenz, Integration und Steuerung** des komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Systems zielt.

Für die nähere Zukunft wünschenswert wäre anstelle des kompetitiven ein **kooperatives Vorgehen** der Psychiatrischen Kliniken bzw. der psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit dem ambulanten und komplementären Bereich, indem beide Seiten im Rahmen einer integrierter Versorgungsstrukturen die **gemeinsame Pflichtversorgung** in den psychiatrischen Regionen der Stadt Bremen sowie in Bremerhaven übernehmen. Ebenso ist die weitere Ambulantisierung und Regionalisierung des Leistungsspektrums der Krankenhäuser, wie sie mit den BHZ eingeleitet, aber noch nicht komplett umgesetzt wurde, sinnvoll. Eine Perspektive der regionalen Behandlungszentren könnte in ihrer Weiterentwicklung zu Zentren seelischer Gesundheit liegen, die sich auch bzgl. Prävention und anderer Aspekte, z.B. zur Überwindung von sozialer Isolation u.a. engagieren. Das BHZ könnte die Funktion einer Dachorganisation übernehmen, über die alle stationären, ambulanten und komplementären Leistungserbringer in Form eines gemeindepsychiatrischen Netzwerks untereinander zu verbinden und auf strukturierte Kooperation sowie integrative Leistungserbringung zu verpflichten wären. Die operative **Steuerung** der psychiatrischen Versorgungslandschaft in der jeweiligen Region könnte dann dem **regionalen Behandlungszentrum** übertragen werden.

Die weitere Ambulantisierung und Regionalisierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung wird mittelfristig jedoch **nicht zur kompletten Auflösung vollstationärer Behandlung** führen. Es wird immer Gruppen von Patienten geben, die vorübergehend einer intensiven multimodalen Behandlung mit starken Schutz- und Grenzfunktionen bedürfen, die innerhalb der eigenen Häuslichkeit phasenweise nicht zu leisten ist. Es wird fachlich für das Land Bremen zu diskutieren sein, ob bzw. in welchem Umfang langfristig kleine, regionalisierte Einheiten wie Krisen- oder Rückzugshäuser die Rolle der an Kliniken angebundenen psychiatrischen Stationen übernehmen bzw. ergänzen können. Hierbei sind auch **betriebswirtschaftliche Aspekte** zu berücksichtigen, denn vollstationäre Einrichtungen oder Tageskliniken sind nicht unter einer bestimmten Mindestanzahl an Behandlungsplätzen wirtschaftlich zu betreiben. Der weitere Aus- bzw. Rückbau einzelner psychiatrischer Versorgungselemente in Bremen wird dies zu berücksichtigen haben.

Auch die Versorgung psychisch kranker Menschen ist ein Markt, der sich an ökonomischen Gegebenheiten orientieren muss. In den psychiatrischen Kliniken in Deutschland hat der Abbau vollstationärer Betten dazu geführt, dass sie, um sich im Wettbewerb zu profilieren, vermehrt **spezielle therapeutische Angebote** für bestimmte Zielgruppen entwickelt haben. Für den Bereich der Suchterkrankungen gab es die Spezialisierung historisch schon immer, doch heutige Tendenzen zielen auf weitere diagnoseorientierte Differenzierungen; so bieten Kliniken vermehrt z.B. Spezialstationen für Patienten mit Essstörungen, mit posttraumatischen Belastungsstörungen, mit Borderline-Problematik, mit Depressionen, mit Angststörungen etc.. Hier sollte die Gefahr der Entwicklung zu einer „**Zwei-Klassen-Psychiatrie**“ im Blick behalten werden: Denn unter dem wachsenden Konkurrenzdruck kann es leicht dazu kommen, dass ausgewählte Patientengruppen unter dem Label der Psychosomatik/Psychotherapie spezialisiert und mit hohem Personaleinsatz behandelt werden, während schwer und chronisch Erkrankte in einer defizitär ausgestatteten „klassischen“ Psychiatrie versorgt werden. Bei der Ausdifferenzierung störungsspezifischer Angebote in den Kliniken ist also darauf zu achten, dass etwaige Spezialangebote die Versorgung multimorbid und schwer Erkrankter ergänzen und nicht verdrängen,

und dass sie auch von den schwer Erkrankten genutzt werden. Im Hinblick auf die Organisation spezialisierter Angebote ist außerdem – sowohl unter Patienten- als auch unter therapeutischer Perspektive - grundsätzlich abzuwegen, ob ein gemischtes Stationsmilieu diagnostisch einheitlich belegten Stationen vorzuziehen ist.

Zudem sollte Spezialisierung nicht (nur) unter dem Aspekt von Diagnosen, sondern unter dem Aspekt **spezifischer Bevölkerungsgruppen, die besonders von Unter- oder Fehlversorgung betroffen sind**, gedacht werden. So bietet es sich insbesondere an, für alte, insbesondere für demenziell erkrankte Menschen, für junge Menschen mit Ersterkrankungen sowie für Migranten bessere Zugangswege und ggf. spezielle Behandlungs- und Betreuungskonzepte zu entwickeln, ohne dass diese Patientengruppen immer vollstationär und kumuliert an einem Ort versorgt werden. Außerdem kann es in bestimmten Bereichen und bei bestimmten Diagnosen sinnvoll sein, **geschlechtsspezifisch differenzierte Behandlungskonzepte** zu anzubieten. Grundsätzlich sollten auch in der Psychiatrie und Psychotherapie verstärkt Leitlinien für geschlechterangemessene Versorgung entwickelt und etabliert werden.

Ebenfalls ist unter therapeutischen Gesichtspunkten zu reflektieren, ob eine zeitlich isolierte spezialisierte Behandlungsepisode ohne eine **längerfristige integrierte Behandlungsplanung** ausreichend und wünschenswert ist. Außerdem sollte geprüft und bewertet werden, ob ein Ausbau der Spezialisierung stationärer Behandlung das Grundprinzip der ambulanten, gemeindeorientierten Versorgung sinnvoll ergänzt oder möglicherweise Kosten in die Höhe treibt und damit der Ambulantisierung essentielle Ressourcen entzieht.

Handlungsleitend für die Frage der Ausdifferenzierung des psychiatrischen Versorgungssystems in Richtung Spezialisierung sollte grundsätzlich der **Patientenbedarf** sein. Aktuell für Bremen denkbar wäre neben der bereits bestehenden spezialisierten Versorgung von Suchterkrankungen z.B. eine Spezialisierung im Hinblick auf Demenzdiagnostik sowie auf die kleine Gruppe der Patienten mit hohem Aggressionspotential, die in der Regelversorgung schwer versorgt werden kann.

Was die zukünftige Weiterentwicklung der psychiatrischen Abteilungen und Kliniken betrifft, so könnte das Instrument des **Krankenhausfinanzierungsrahmengesetzes (KHRG)**, das Ende 2009 in Kraft getreten ist, einen Rahmen zur Verwirklichung eines integrativen, sektorenübergreifenden, alle Leistungssegmente flexibel nutzbaren, vernetzten Versorgungssystems bieten. Das KHRG stellte zum einen zusätzliche Mittel für den Pflegebereich bereit, zum anderen schaffte es eine Basis für strukturelle Reformen zur Finanzierung der Krankenhäuser.

Nach dem KHRG soll für die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie, die bis dato vom Finanzierungssystem nach DRG sinnvollerweise ausgenommen waren, das alte, bis heute gelende System der Bundespflegesatzverordnung abgelöst werden durch ein leistungsorientiertes, pauschaliertes tagesgleiches Entgeltsystem (§17d KHG). Die Vertragsparteien – Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Verband der privaten Krankenversicherungen sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft – sollen dieses Entgeltsystem entwickeln, das in einem allmählichen Anpassungsprozess bis 2013 budgetneutral in den psychiatrischen Kliniken in Deutschland implementiert sein soll. Damit wird ein Systemwechsel, ähnlich dem Wechsel der somatischen Kliniken zum DRG-System, vollzogen: Es werden nicht mehr pauschal Betten-Tage – mit dem impliziten Anreiz zur Verweildauer-Verlängerung -, sondern nach Aufwand differenzierte Leistungen am Patienten

abgerechnet, die zwischen Regelbehandlung, Intensivbehandlung, erhöhtem Behandlungsaufwand und kriseninterventioneller Behandlung unterscheiden und auch psychotherapeutische Behandlung mit abbilden. Grundlage für die Kalkulation der neuen Entgelte sind nach dem Gesetz die Klassifikationen der **Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV)**. Im Rahmen der Umsetzung des KHRG muß es Ziel sein, die ehemals vereinbarte PsychPV flächendeckend über alle Disziplinen – Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie – stabil zu etablieren, um die angestrebten qualitativen Verbesserungen in der Versorgung nicht von Anfang an zu unterminieren.

Die Basis des neuen Abrechnungssystems werden Tagesentgelte für medizinisch unterscheidbare Patientengruppen darstellen, die es zukünftig (bis zum 30.09.2012) angemessen für die voll- und teilstationäre Behandlung zu ermitteln gilt. An der Definition dieser Tagesentgelte wird sich entscheiden, ob psychisch kranke Menschen zukünftig tatsächlich entsprechend ihres Hilfebedarfs behandelt werden können.

Das KHRG empfiehlt, die Einbeziehung der Psychiatrischen Institutsambulanzen in die einheitliche Abrechnungssystematik zu prüfen. Damit könnte **stationäre Leistungserbringung noch stärker durch ambulante Versorgung und home treatment ergänzt bzw. ersetzt werden**.

Außerdem schreibt das KHRG für die Einführung des neuen Finanzierungssystems eine **wissenschaftliche Begleitforschung** „zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung“ vor, die u.a. auch die Auswirkungen auf andere Leistungsbereiche respektive Leistungsverlagerungen bewerten soll. Es wäre wünschenswert, diese Evaluation im Land Bremen regional in Kooperation mit den wissenschaftlichen Einrichtungen vor Ort und in Verbindung mit weiteren psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgungsprojekten aufzubauen. Damit könnte sich ein an Nutzerinteressen und ökonomischem Ressourceneinsatz orientiertes Pendant zu den Interessen der Leistungsträger und Leistungserbringer entwickeln, von dem **Impulse zur Qualitätssicherung in der Psychiatrie** auch über Bremen hinaus ausgehen könnten.

Für die Psychiatrie beinhaltet das KHRG also die Chance auf

- Umsetzung der PsychPV,
- Realisierung eines sektorenübergreifenden Budgets,
- Personenbezogene Flexibilisierung der ambulanten Behandlung,
- Sicherstellung der Versorgung von insbesondere schwer chronisch psychisch kranken Menschen durch die Ermittlung von Tagespauschalen,
- neue Möglichkeiten zur Qualitätssicherung durch der Implementierung einer Begleitforschung.

Die Hilfesysteme im Land Bremen sind derzeit noch nicht ausreichend in einem **konstruktiv aufeinander bezogenen Verbundsystem** zusammengeführt, so dass Strukturprobleme wie die sozialgesetzlich begründete Zergliederung oder die Sektorisierung im Gesundheitswesen ausreichend kompensiert würden. In der Vergangenheit wurden verschiedene Ansätze zur Integration und strukturierten Kooperation entwickelt. Neben Gemeindepsychiatrischen Verbünden und der Integrierten Versorgung ist hier für den psychiatrischen Bereich als jüngeres Modell das **Regionalbudget** zu nennen, das in mehreren Regionen in Deutschland erprobt und evaluiert wurde. Ein solches **Regionalbudget zur Behandlung (SGB V-Budget)** wird unter Einbeziehung möglichst aller Kran-

kenkassen ausgehandelt und sollte die Perspektive beinhalten, langfristig um ein **Regionalbudget zur Eingliederungshilfe (SGB-XII-Budget)** erweitert zu werden, um faktisch alle Akteure einzubeziehen und damit letztlich das Ziel einer durchgängigen, voll flexibilisierten Hilfestruktur über alle Behandlungssarten und Behandlungsorte hinweg zu realisieren.

Bei einem solchen prospektiven Regionalbudget wird ein relevanter regionaler Akteur (in den bisher erprobten Modellen war dies ein psychiatrisches Krankenhaus) als Vertragspartner der Kostenträger definiert, der über einen mehrjährigen Zeitraum (üblicherweise fünf Jahre) die Verantwortung für die gesamte psychiatrische Versorgung aller Patienten in einer definierten Region übernimmt. Aus diesem Gesamtbudget werden vollstationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen - zunächst nur die der Institutsambulanzen, später ggf. auch die der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten - in flexibler Abstufung eingesetzt, womit erstmals eine bedarfsorientierte Steuerung aus einer Hand über die Grenzen von Sektoren und Leistungsbereiche hinweg sowie eine finanzielle und zeitliche Planungssicherheit über einen längeren Zeitraum ermöglicht wird. Im Kontext eines Regionalbudgets könnten zudem präventive Maßnahmen wie Psychoedukation, Rezidivprophylaxe und Nachsorge einen nicht nur individuellen, sondern auch ökonomischen Nutzen entfalten und dazu beitragen, stationären Behandlungsbedarf zu reduzieren.

Einen weiteren aktuellen, bis dato noch wenig erprobten Ansatz, gesundheitliche Versorgung in einer Region unter Bedarfs- und Nutzenaspekten und unabhängig von Partikularinteressen zu steuern, stellen **Management-Gesellschaften** dar. Eine Management-Gesellschaft hat die Aufgabe, als fachlich kompetente, eigenständige Trägergesellschaft oberhalb der einzelnen Leistungs- und der Kostenträger die Mittelallokation – auf der Basis der Landes- und kommunalen Psychiatriepläne, auf Basis einer kleinräumigen, morbiditätsorientierten Bedarfsplanung sowie auf Basis der Vereinbarungen und Ergebnisse der Qualitätssicherung – zentral für eine Region zu steuern, indem sie als einziger befugter Akteur Versorgungsverträge mit den Leistungserbringern abschließt. Durch die Verbindung von Ressourcenverantwortung, Steuerungskompetenz, Qualitätssicherung und Trägerunabhängigkeit wäre dem Ideal einer patienten- und bedarfsorientierten Versorgung aus einer Hand möglicherweise näherzukommen.

Die meisten genannten Ansätze zur bereichsübergreifenden Versorgung in der Psychiatrie sind von ihrem bisherigen Entwicklungsstand her noch überwiegend insuläre Lösungen und haben den Durchbruch zu einer populationsbezogenen Versorgung einer gesamten Region nicht erreicht. Mittel- und langfristig ist es denkbar, dass die Verbindung des neuen Entgeltsystems in den Kliniken bzw. in den psychiatrischen Behandlungszentren mit einem Regionalbudget (SGB V und SGB XII) und der Steuerung durch eine Managementgesellschaft für Bremen eine substantielle Weiterentwicklung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfesystems im Sinne der Psychiatrie-Enquête darstellt.

Zunächst aber heißt **die psychiatriepolitische Leitlinie** für die nächste Dekade in allgemeiner Form: Das in der Psychiatrie-Reform errungene, bundesweit fortschrittliche System der wohnortnahen, lebensfeldorientierten Hilfen für psychisch kranke und suchtkranke Bremer Bürgerinnen und Bürger wird konsolidiert und mit dem Fokus auf Personenzentrierung, Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgung weiterentwickelt. Hierzu bedarf es eines integrierten, kooperierenden Verbundes aller Leistungserbringer.

Die Qualität psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung bemisst sich nach wie vor insbesondere daran, wie gut schwer Erkrankte versorgt und integriert werden.

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales sieht es als ihre Aufgabe an, zur Umsetzung der in diesem Plan skizzierten Leitgedanken moderierend und unterstützend die notwendigen Entscheidungen und Prozesse zu begleiten. Nach Erörterung des Landespsychiatrieplans in der Deputation für Arbeit und Gesundheit beabsichtigt die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, den Psychiatrieausschuss des Landes Bremen einzuberufen und dort mit allen Beteiligten Strategien für ein Umsetzungskonzept zu entwickeln und verbindlich zu vereinbaren.

Kapitel

2

2. Steuerung des psychiatrischen Versorgungssystems

Im Lauf der letzten Jahrzehnte hat der Staat auch im psychiatrischen Bereich einen großen Teil seiner Leistungen an nichtstaatliche Leistungserbringer abgegeben. Mittlerweile befinden sich die meisten Bereiche der psychiatrischen Versorgung in privatrechtlicher Trägerschaft, angefangen von den kommunalen Krankenhäusern, die heute in der Gesundheit Nord (GeNo gGmbH) zusammengeschlossen sind, dem Ameos Klinikum Heines, über die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, die einen großen Teil der ambulanten Versorgung leisten, über Wohlfahrtsverbände, die Heime, Wohngruppen, Tagesstätten u.ä. betreiben, über die früher kommunal getragenen, heute privatisierten Drogenberatungsstellen bis hin zu neueren Angeboten wie z.B. ambulanter psychiatrischer Pflege, die von psychiatrischen Fachdiensten angeboten werden, die als Vereine oder gemeinnützige Gesellschaften (gGmbH) organisiert sind.

Die Trägerlandschaft im Land Bremen ist heute vielfältig in Größe, Organisationsform, weltanschaulicher und therapeutischer Ausrichtung. Große Teile sind dabei steuerfinanziert in der Regel auf Basis des SGB XII als Leistungen der Eingliederungshilfe. Das betrifft im Kern insbesondere Angebote der Freien Wohlfahrtsverbände in den Bereichen des Betreuten Wohnens, des Heimwohnens wie auch tagessstrukturierender Angebote. In den letzten Jahren haben sich auf Grundlage des SGB V die Krankenkassen neben den krankenhausbezogenen voll- und teilstationären Leistungen sowie Leistungen im Bereich der niedergelassenen Fachärzte auch in weiteren Bereichen der ambulanten Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen engagiert. Hier sind die Institutsambulanzen und Leistungen der ambulanten psychiatrischen Pflege wie auch der Soziotherapie zu nennen.

Mit dem weitgehenden Rückzug des Staates aus der Betreiber-Funktion bedarf es jedoch kompetenter und öffentlich legitimierter Steuerungsstrukturen, die das komplexe psychiatrische Versorgungssystem bedarfs- und ressourcenorientiert und nicht ausschließlich nach Marktprinzipien ausgestalten.

Steuerung und Controlling muss sich auf unterschiedlichen Ebenen abspielen:

1. auf der Ebene des Landes durch Rahmenvorgaben, Ausübung der Fachaufsicht,
2. auf regionaler Ebene im Zusammenwirken von Kommune, Leistungsträgern und Leistungserbringern durch vertraglich gesicherte Kooperation und

3. auf der Ebene des einzelnen Patienten durch kompetentes und konsequentes Casemanagement.

Im Land Bremen obliegt es der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (SAFGJS) unter fachlichen Aspekten und ökonomischen Notwendigkeiten, strategisch steuernd das Gesamtsystem zu gestalten. Dies beinhaltet u.a. die Mitwirkung an der Gesetzgebung des Bundes, die Erarbeitung bzw. Mitgestaltung von Landesgesetzen, den Erlass von Richtlinien und Verordnungen, die Entwicklung fachlicher und finanzieller Rahmenvorgaben. Krankenhausplanung und Psychiatrieberichterstattung bzw. -planung beschreiben und konkretisieren dieses.

Gemeinsamer Ausschuss

Mit der Novellierung des SGB XII und der damit verbundenen Abschaffung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) wurde im Land Bremen die Sachliche Zuständigkeit für diverse soziale Leistungen zum 01.01.2007 auf die beiden Kommunen als örtliche Träger der Sozialhilfe übertragen. Eine getrennte sachliche Zuständig auf zwei Trägerebenen (Land: stationär, Kommune: ambulant) entfiel damit. Die wesentlichen Sozialhilfen (Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Hilfe in besonderen Lebenslagen, Blindenhilfe) sind damit in eine einheitliche sachliche Zuständigkeit zusammengeführt worden. Die strategische Steuerung in leistungsrechtlicher, vertragsrechtlicher und konzeptioneller Hinsicht gegenüber den beiden Kommunen einschließlich des Landescontrollings bleibt beim Land.

Die bisherige Finanzierung wurde in eine Quoten-bezogene Finanzierung zusammengeführt: das Land übernimmt für ambulante und stationäre Leistungen in der Kommune Bremen 78%, in Bremerhaven 83% der Kosten, für die übrigen 22% bzw. 17% kommen die Kommunen auf.

Zum Zweck der fachlichen „Abstimmung und Koordinierung“ insbesondere im Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen und Hilfe zur Pflege wurde im Land Bremen der Gemeinsame Ausschuss (siehe: § 8 Bremer Ausführungsgesetz zum SGB XII - BrAG SGB XII) eingerichtet. Der Gemeinsame Ausschuss spielt eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von zielgruppenübergreifenden Steuerungszielen, bei der Erstellung Fachlicher Weisungen (z. B. Persönliches Budget, Pflegeweiterentwicklungsgesetz), bei der Entwicklung von Modellprojekten und bei der Bewertung bundesgesetzlicher Auswirkungen auf das Land.

Im Zusammenwirken mit den Vorgaben der Fachabteilungen und den jeweils zuständigen Landescontrollingausschüssen entwickelte sich der Gemeinsame Ausschuss seitdem zu einem praktikablen Instrument zur Weiterentwicklung und Angleichung der Versorgungssysteme in beiden Kommunen.

Als **Gremien** zur Qualitätssicherung und Beratung sind insbesondere die Besuchskommission nach §36 PsychKG sowie der Psychiatrieausschuss nach § 35 PsychKG von Bedeutung.

- Die **Besuchskommission** (BK) besteht aus Vertretern der Bereiche Ärzteschaft, Politik, Justiz, Psychiatrie erfahrene und Angehörige. Die Organisation und Geschäftsführung werden in Abstimmung mit der BK von der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und

Soziales wahrgenommen.

Die BK besucht ohne Anmeldung jährlich mindestens einmal die Einrichtungen, in denen Personen nach diesem Gesetz untergebracht sind. Sie überprüft, ob die mit der Unterbringung, Behandlung, Betreuung und mit dem Maßregelvollzug verbundenen Aufgaben erfüllt und die Rechte der Patientinnen und Patienten gewahrt werden. Etwa alle zwei Jahre veröffentlicht die BK einen Bericht über ihre Arbeit, Defizite und Probleme, die sie festgestellt hat und legt diesen Deputation, Senat und Bürgerschaft vor.

- Der **Landespsychiatrieausschuss** berät die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales bezüglich der Versorgung psychisch kranker Menschen. Unter der Geschäftsführung des Fachreferates der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales soll er zweimal pro Jahr tagen und besteht aus Vertreterinnen und Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenhausgesellschaft, der Wohlfahrtsverbände, der Krankenkassenverbände, der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen psychisch kranker Menschen.

Nach § 13 des bremischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) hat die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales die **Fachaufsicht** über die Durchführung von Unterbringungen und des Maßregelvollzuges im Land Bremen. Einrichtungen nach diesem Gesetz sind die Klinika Bremen-Ost und Nord, das Klinikum Reinkenheide in Bremerhaven und das AMEOS Klinikum Dr. Heines.

Bei sämtlichen, den Bereich der psychiatrischen Versorgung betreffenden fachaufsichtsrechtlichen Maßnahmen, die neben der Unterbringung und den Maßregelvollzug auch die durch die regionalen Behandlungszentren zu erbringenden sozialpsychiatrischen Hilfen betreffen, erfüllt die SAFGJS damit eine öffentlich-rechtliche Kontrollfunktion.

Dies ist zwingend erforderlich, um beispielsweise bei der Ausübung unmittelbaren Zwangs im Rahmen von Unterbringungen und Maßregelvollzug rechtsstaatlichen Prinzipien zu entsprechen. Unerlässlich ist es aber auch unter Legitimationsgesichtspunkten bei der Verwendung öffentlicher Gelder.

Bezogen auf die fachaufsichtsrechtlichen Anforderungen hat die SAFGJS z. B. bei Unterbringungen und im Maßregelvollzug nach dem PsychKG ein umfängliches Instrumentarium entwickelt, das landesweit gilt.

Zukünftig wird es darum gehen, die fachaufsichtsrechtlichen Instrumentarien in der Anwendung zu optimieren und durch eine weitergehende Einbindung der Träger in die Durchführung fachaufsichtsrechtlicher Vorgaben zu einer effektiven und effizienten Ausgestaltung beispielsweise in Fragen von Sicherheitsstandards im Maßregelvollzug zu kommen.

Die weitgehende Kommunalisierung der Versorgungsstrukturen hat zu einer hohen **Verantwortung der Kommunen** in der operativen Steuerung und Ausgestaltung geführt.

In der Stadtgemeinde Bremen erfolgt die Steuerung der Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen sowie die Überprüfung der Leistungs'erbringung und Verwendung der steuerfinanzierten Mittel der frei gemeinnützigen Träger bzw. der regionalen BHZ durch die Abteilung Sozialpsychiatrie des Gesundheitsamtes Bremen. In der Stadtgemeinde Bremerhaven werden diese Aufgaben durch den Magistrat erbracht – vertreten durch den Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes, das Sozialamt und den Psychiatriekoordinator.

Die Koordination der Versorgung erfolgt weitestgehend über **Gremienarbeit**:

- Die **Zentrale Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen (ZAG)** unter der Geschäftsführung **des Gesundheitsamt Bremens** tagt zweimal pro Jahr und setzt sich aus Institutionen und Trägern der Suchtkranken- und Psychiatrieversorgung zusammen. Die ZAG gliedert sich in 5 zentrale Fachausschüsse:
 - Fachausschuss Gerontopsychiatrie
 - Fachausschuss Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Fachausschuss Allgemeinpsychiatrie
 - Fachausschuss Sucht
 - Fachausschuss Arbeit und Beschäftigung

Die ZAG befindet sich gegenwärtig in einem Prozess der Umstrukturierung. Die Aufgabenstellungen der ZAG sollen noch stärker auf die Fachausschüsse konzentriert werden.

- In der Stadtgemeinde **Bremerhaven** fungiert der **Psychosoziale Arbeitskreis (PSAK)**, deren Mitglieder Vertreter der Wohlfahrtsverbände, der Ämter und die Dezerrenten für Jugend, Familie, Soziales und Gesundheit sind, als das zur ZAG analoge Gremium. Im Mittelpunkt der Aufgaben des PSAK steht die Planung, Aufbau und Weiterentwicklung eines integrierten Behandlungs- und Betreuungsangebotes für geistig und mehrfach behinderte Menschen, für psychisch kranke Menschen und für abhängigkeitskranke Menschen. Gegenüber unterschiedlichen Gremien und Verwaltungen übt der PSAK eine beratende Funktion aus. Der PSAK verfügt über vier Koordinierungsausschüsse:
 - Koordinierungsausschuss geistig und mehrfach behinderter Menschen
 - Koordinierungsausschuss psychisch kranker Menschen
 - Koordinierungsausschuss abhängigkeitskranke Menschen
 - Koordinierungsausschuss Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Optimierung des Prüf- und Controllingverfahrens

Das gegenwärtige Prüf- und Controllingverfahren der steuerfinanzierten Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe im komplementären Bereich in der Stadtgemeinde Bremen (Betreutes Wohnen, Heimwohnen, Tagesstrukturierung,

Arbeit und Beschäftigung) aber auch bezüglich der steuerfinanzierten Leistungen der BHZ (SPsD-Leistungen, Familien- und Langzeitpflege) sollte unter Qualitätsgesichtspunkten einer genaueren Betrachtung unterzogen werden.

In diesem Zusammenhang ist auch die 2003 vom Gesundheitsamt Bremen an die fünf BHZ erfolgte Übertragung des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit Budget, Personal und Aufgaben sowie das vertraglich vereinbarte Controlling über die Erbringung der steuerfinanzierten Leistungen und der Verwendung der zugehörigen Mittel einer kritischen Betrachtung zu unterziehen. Die Vereinbarung ließ sich bislang nur unzureichend umsetzen und sollte auf Optimierungsmöglichkeiten überprüft werden. Ansonsten bestünde das Risiko, dass es zu einer fehlgeleiteten Mittelverwendung kommen könnte und dadurch die nach wie vor fachlich gewünschte Verzahnung ambulanter steuerfinanzierter mit beitragsfinanzierten Leistungen im Rahmen der Aufgaben der BHZ gefährdet wäre.

Es wäre zudem zu prüfen, inwieweit vor dem Hintergrund einer Umorganisation der Steuerungsstelle Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe sowie der damit verbundenen Aufgabenänderungen, die gegenwärtigen Prüfungs- und Koordinationsfähigkeiten der Steuerungsstelle gegenüber den Einrichtungsträgern im komplementären Bereich und gegenüber den BHZ einem geänderten Aufgabenzuschnitt angepasst werden müssen.

Besonderes Augenmerk wäre dabei auf die weiter oben bereits angesprochene Stärkung der regionalen Präsenz der BHZ zu richten, um Schnittstellen zu identifizieren und Doppelungen in der Aufgabenwahrnehmung auszuschließen (Beispiel: Koordination des komplementären Bereichs).

Es ist außerdem zu erörtern, in welcher Form die Steuerungsstelle Psychiatrie und das Gesundheitsamt Bremerhaven in das Prüfverfahren nach §§ 75ff SGB XII einzubeziehen sind. Hintergrund hierfür sind die gegenwärtig zwischen der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und der Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege zu verhandelnden Prüfanforderungen zur Leistungserbringung im Bereich der Eingliederungshilfe unter anderem für psychisch kranke und suchtkranke Menschen.

Begutachtungen im Rahmen der Eingliederungshilfe

Eine besonders verantwortungsvolle Aufgabe der kommunalen Steuerungsinstanzen besteht in der Feststellung des individuellen Hilfebedarfs im Bereich der Eingliederungshilfe (Sozialgesetzbuch XII). Diese Feststellung geschieht in Form von Begutachtungen, die in der Stadtgemeinde Bremen von den BHZ erstellt und von der Steuerungsstelle des GA auf Plausibilität geprüft werden. In der Stadtgemeinde Bremerhaven werden die Gutachten vom SPsD in Kooperation mit dem Sozialamt für mehrere Zielgruppen - einerseits für psychisch Kranke, andererseits für geistig und mehrfach Behinderte – erstellt.

Mittlerweile werden in den BHZ jährlich ca. 1000 Gutachten zum Eingliederungshilfebedarf im Bereich Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe (legale Drogen) erstellt. Die gewünschte enge Kooperation zwischen den Gutachterinnen und Gutachtern und der Steuerungsstelle am GA ist angesichts dieser großen Anzahl an gutachterlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht mehr durchgängig zu gewährleisten. Die Möglichkeiten der Einflussnahme der Steuerungsstelle bei Problemstellungen und in Hinsicht auf Qualitätssicherung sind daher nur noch gering.

Insofern empfiehlt sich eine Neuausrichtung der Begutachtungsleistungen in Richtung einer von den BHZ ausgelagerten und am Gesundheitsamt zentral angesiedelten Organisation.

Folgende Ziele werden damit verbunden:

- Die Aufgabenstellung für die Steuerungsstelle Psychiatrie/Sucht wird sich mehr in Richtung begutachtender Tätigkeiten im Sinne eines medizinischen Dienstes verschieben. Damit ließe sich die Gutachtentätigkeit unter fachlichen und organisatorischen Gesichtspunkten optimieren und unter Objektivitätsgesichtspunkten weitgehender als bisher an den individuellen Hilfebedarfen ausrichten; einheitliche Qualitätsstandards könnten unproblematisch entwickelt und eingeführt werden. Der begutachtende Dienst wäre außerdem nicht gleichzeitig Leistungserbringer.
- Für den Sozialpsychiatrischen Dienst der BHZ hätte eine Rückverlagerung der Begutachtungsaufgaben an das Gesundheitsamt personelle Konsequenzen und Auswirkungen auf die Leistungspalette. Der Dienst erhielte die Möglichkeit, sich neu zu organisieren und könnte sich nach der Umstrukturierung wieder mehr den aufsuchenden Tätigkeiten und Beratungs- und Betreuungsleistungen widmen. Davon profitierten insbesondere psychisch kranke und suchtkranke Bremerinnen und Bremer nach Beendigung von Maßnahmen des Betreuten Wohnens, die den Dienst dann als Anlaufstelle im Sinne eines strukturierten Übergangs in unbetreute Lebensverhältnisse nutzen könnten. Das wäre ein wichtiger Beitrag zur Verselbständigung psychisch kranker und suchtkranker Menschen wie auch zur Vermeidung dauerhafter Betreuungen im Wohnbereich. Die Umorganisation der Sozialpsychiatrischen Dienste der BHZ käme den Patientinnen und Patienten insofern unmittelbar zugute.

Kapitel

3

3. Prävention

Hintergrund

Prävention gilt heutzutage als fester Bestandteil des Gesundheitswesens – neben Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege stellt sie die vierte Säule im Versorgungssystem dar und wird häufig als zentrale Investition in die Zukunft bezeichnet. Allerdings ist dies noch weitgehend Lippenbekenntnis und Zukunftsprojektion - strukturell und finanziell ist die vierte Säule noch unzureichend im Gesundheitssystem verankert.

Prävention ist allerdings nicht allein als Sache der GKV, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen, zu der Verbände, Initiativen, Länder und Kommunen Beiträge leisten. Prävention psychischer Störungen stellt außerdem eine Querschnittaufgabe für alle Politikfelder dar: Eine integrative Arbeits-, Beschäftigung-, Bildungs-, Sozial- und Stadtentwicklungs-politik trägt dazu bei, Menschen in sinnstiftende soziale Zusammenhänge einzubinden und kann dadurch seelischen Krisen und Erkrankungen, die durch strukturelle Defizite begünstigt werden, vorbeugen.

Was gezielte Strategien und Projekte betrifft, so gibt es im Bereich der Prävention von Suchterkrankungen seit den 60er Jahren inzwischen eine lange Tradition⁵. Im Bereich psychischer Erkrankungen hingegen ist sie noch wenig entwickelt. Immerhin finden Angebote zur Prävention inzwischen zunehmend Eingang in Behandlungsleitlinien (siehe z.B. Nationale Versorgungsleitlinie Depression).

Daten und Fakten

Von den Experten wird das Themenfeld Prävention psychischer Erkrankungen heute folgendermaßen theoretisch gegliedert, wobei das klassische Konzept von

- **Primärprävention** (Verhinderung von Erkrankungen bei Gesunden),
- **Sekundärprävention** (Früherkennung und Behandlung von Erkrankungen im Frühstadium zur Verhinderung progredierender Verläufe) und
- **Tertiärprävention** (Verhinderung/Verzögerung von zunehmender Krankheitsschwere und Folgeproblemen bei diagnostizierten Erkrankten)

aufgegriffen und in ein differenzierteres, abgestuftes Interventionsspektrum weiterentwickelt wurde.

⁵ BZgA (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs, BZgA Köln

In der folgenden Tabelle ist am Beispiel Depression für jede Interventions-ebene ein Beispiel aus dem Bremer Versorgungssystem angeführt:

Tabelle 1: Übersicht über verschiedenartige Präventionsangebote zu Depressionen im Land Bremen

| Art der Intervention | Zielgruppen | | Beispiele in Bremen |
|----------------------------------|--|--|--|
| Prävention | universell ⁶ : Gesamtbevölkerung | | <p>Medienkampagne ‚Depression kennt viele Gesichter‘ Vortrags-Aktivitäten des Bremer Bündnis gegen Depression (BBgD) kulturelle Veranstaltungsreihen zum Thema Depression in 2009 im Haus im Park am KBO.</p> <p>Ziel: breite Information, Aufklärung, Sensibilisierung, Entstigmatisierung</p> |
| | selektiv: Risikogruppen ohne Symptome | | <p>Angebote im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung Caritas-Biografiegruppe für Kinder psychisch (z.B. depressiv) erkrankter Eltern</p> |
| | indiziert ⁷ : von Symptomen Betroffene, noch nicht diagnostiziert | | <p>Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche (Trauerland) ,Verwaiste Eltern in Bremen e.V., Beratungsstelle und Gesprächskreise für trauernde Eltern nach Verlust eines Kindes Train-the-trainer-Seminare für Multiplikatoren (Angebot des BBgD)</p> <p>Ziel: Stabilisierung, Gesundheitsförderung, Abbau von Zugangsbarrieren zum Hilfesystem, Früherkennung, Frühintervention</p> |
| Behandlung (treatment) | Fallidentifikation | Erstdiagnose bei Patienten mit Symptomen | <p>Erstkontakt und Erstdiagnostik beim Hausarzt, Facharzt oder Psychotherapeuten – bestenfalls sind sie vernetzt im BBgD, haben sich weitergebildet und diagnostizieren/behandeln auf Grundlage der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression. Fortschreibung für Hausärzte zur Diagnostik von Depressionen durch die Ärztekammer Bremen.</p> <p>Ziel: Frühes und richtiges Erkennen der psychischen Störung; Entscheidung für die angemessene Behandlungsebene und –form, ggf. Weitervermittlung</p> |

⁶ Entspricht dem traditionellen Begriff ‚Primärprävention‘.

⁷ Entspricht dem traditionellen Begriff ‚Sekundärprävention‘

| | | | |
|---|--------------------------------------|---|--|
| | Standard-behandlung | Diagnosespezifi-sche Behandlung Erkrankter | Ambulante Behandlung bei Haus- bzw. Facharzt (FA) und Psychotherapeut. Ggf. Weitervermittlung/Einbeziehung von FA, Psychotherapeut, ambulanter psychiatrischer Pflege, Soziotherapie. Stationäre Behandlung, z.B. auf einer Depressionsstation im KBO oder im AMEOS Klinikum Dr. Heines, auf einem postpartalen Behandlungsplatz für Mutter und Kind am KBO oder in der Klinik für Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik am KBO Ziel: Förderung von Coping und Compliance, Vermeidung massiver Krisen |
| Langfristige Versorgung (maintenance) | Langfristige Behandlung ⁸ | krankheitsbezo-gen und individuell angepasste Behandlung über lange Zeiträume bei chronisch Kranken | Bedarfsoorientierte dauerhafte ärztliche/ psychotherapeutische Be-handlung; ggf. APP, Soziotherapie, ggf. Betreutes Wohnen Angebote von Selbsthilfegruppen bei Depressionen über das Netz-work Selbsthilfe Angebote zu Aktivitäten im künstlerischen/ kulturellen Bereich wie Blaumeier, Blaue Karawane Ziel: Erhalt von Coping und compliance bzgl. Rezidiven, Erhalt von Arbeitsfähigkeit und sozialen Bezügen, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben |
| | Nachsorge ⁹ | Therapieab-schlussgespräche bzw. dauerhaft angelegte regelmäßige Nach-kontrollen bei Patienten mit Rückfallrisiko | In bedarfsangepassten Zeiträumen (fach-) ärztliche Nachkontrollen Ziel: Überleitung in das Leben ohne Behandlung bzw. Früherken-nen von rezidivierenden Episoden |

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales unterstützt finanziell diverse kulturelle Initiativen wie z.B. Blaumeier oder die Blaue Karawane, sie fördert finanziell und personell die Selbsthilfe bei psychischen Erkrankungen durch die Selbsthilfeförderung beim Gesundheitsamt und projektbezogen einzelne Präventionsmaßnahmen. Auch in Zeiten enger finanzieller Spielräume wird sich die SAFGJS bemühen, diese Förderung zu erhalten.

Darstellung ausgewählter präventiver Projekte

Neben dem etablierten Gesundheits- und Sozialsystem, das im Rahmen von Beratung und Behandlung immer auch Sekundär- und Tertiärprävention psychischer Erkrankungen zum Ziel hat, ist im Land Bremen eine Fülle

⁸ Vom Begriff ‚Tertiärprävention‘ umfasst.

⁹ Vom Begriff ‚Tertiärprävention‘ umfasst.

diverser Aktivitäten im Bereich der Unterstützung psychisch kranker Menschen zu verzeichnen, die immer auch präventive Intentionen haben. Sie sind im Hinblick auf Zielgruppe, Aufgaben- bzw. Angebotsspektrum, Zielrichtung, inhaltliche Schwerpunkte, Träger, Finanzierung, Nachhaltigkeit etc. sehr heterogen. Zu nennen wären hier beispielsweise die Suchtprävention am Landesinstitut für Schule, die Gesundheitstreffpunkte West und Tenever, die Sozialzentren, Refugio, das Netzwerk Seelische Gesundheit, die Kulturarbeit Haus im Park, das Schulprojekt der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Alkoholprojekte, Methadon-Projekt, die Jugendsuchteratungsstelle am Gesundheitsamt, die vielfältige Seniorenarbeit u.v.a.

Im folgenden werden exemplarisch an vier Themenfeldern, zu denen aktuell im Land Bremen Maßnahmen und Aktivitäten entwickelt und ausgebaut werden, Projekte zur Prävention psychischer Erkrankungen vorgestellt.

1. Kinder psychisch kranker Eltern

Hintergrund

Kinder psychisch kranker Eltern sind nicht selbstverständlich auch psychisch krank und auch nicht per se hilfebedürftig – ihr Risiko, selbst zu erkranken ist jedoch deutlich höher als das anderer Kinder, da sich eine psychische Erkrankung meist auf allen Interaktionsebenen auswirkt und das Milieu in einer Familie mitprägt. Kinder von Eltern(teilen) mit psychischen Störungen neigen häufig dazu, ihre Eltern zu schützen und mit zu versorgen – dieser Druck zu parentifizieren schränkt die Kinder in ihrer freien Entwicklung ein. Psychisch kranke Menschen, die mit ihren Kindern zusammenleben, haben häufig starke Ängste, die Kinder würden ihnen mangels Versorgungskompetenz entzogen, sie versuchen daher, ihre Erkrankung und die etwaige Unterstützungsbedürftigkeit ihrer Kinder zu kaschieren – dies erschwert einen frühzeitigen Zugang der Kinder zum Gesundheits- und Jugendhilfesystem. Die Einrichtungen, die psychisch kranke Erwachsene versorgen – Ärzte, Fachdienste, Kliniken –, haben häufig nicht im Blick, dass möglicherweise Kinder im Haushalt zu versorgen sind.

Daten und Fakten

Seit mehreren Jahren wird die Situation dieser gefährdeten und unverSORGten Gruppe von einzelnen Fachdiensten problematisiert. Anfang 2009 gründete sich – zeitgleich mit einer bundesweiten ‚Aufbruchsbewegung‘ für diese Zielgruppe - ein ‚Netzwerk Kinder psychisch kranker Eltern‘ in der Stadt Bremen, das insbesondere die Zusammenarbeit der Systeme ‚Kinder- und Jugendhilfe‘, ‚Kinder- und Jugendpsychiatrie‘ und ‚Allgemeinpsychiatrie‘ weiter entwickelt. Es hat sich drei vorrangige Ziele gesetzt:

Unterstützung der Kinder - In allen fünf Regionen der Stadt sollen niedrigschwellig Gruppen für betroffene Kinder im Grundschulalter angeboten werden, die Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit psychischer Erkrankung von Eltern bieten und Ressourcen und Strategien für Alltagsbewältigung entwickeln.

Entwicklung von Kommunikationsstrukturen – alle betroffenen Hilfesysteme, Einrichtungen und Dienste werden im Prozess einer offenen

Netzwerkbildung in regelmäßigen Austausch gebracht und die bereits vorhandenen Angebote für die Zielgruppe recherchiert und kommuniziert. Es ist im letzten Jahr gelungen, weitgehend alle relevanten Partner einschließlich der Allgemeinpsychiatrie einzubinden. Die Netzwerkaktivität fordert von jedem Netzwerkmitglied Verbindlichkeit und Verantwortung in Form eines Ansprechpartners und Vertreters sowie Teilnahme an den etwa 3-monatigen Netzwerktreffen.

Vereinbarung von Kooperationsverträgen – Zur Ausgestaltung einer verlässlichen Zusammenarbeit der involvierten oder zu involvierenden Hilfesysteme in Familien mit psychisch erkrankten Eltern werden schriftliche Kooperationsverträge entwickelt. Darin wird u.a. geklärt, welche Institution/Person in einer Familie vorrangig und insbesondere in Krisensituations verantwortlich ist und wie der Informationsfluss zu organisieren und ggf. zu standardisieren ist.

Das Netzwerk wird derzeit vom Institut für Qualifizierung und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (QuQuk) am KBO koordiniert. Es hat im vergangenen Jahr ertragreich gearbeitet und der Prozess der Netzwerkbildung hat in der praktischen Arbeit bereits Früchte getragen.

Zukünftige Handlungsfelder

Es wird für die weitere Zukunft dieses und anderer Netzwerke in Bremen zu klären sein, ob langfristige Vernetzung sich vorrangig auf Zielgruppen hin oder eher sozialräumlich orientieren sollte. Für das Netzwerk Kinder psychisch kranker Eltern könnte letzteres eine Anbindung an die fünf psychiatrischen Behandlungszentren oder an die Sozialzentren bedeuten. Das Netzwerk Kinder psychisch kranker Eltern spricht Kinder mit und ohne manifeste psychische Störungen an – seine Beiträge sind als Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention angelegt. Schwerpunkt ist die Einbindung verschiedener Helfergruppen in verantwortungsvolle, verbindliche Kooperationsstrukturen, um den Unterstützungsbedarf risikogefährdeter Kinder frühzeitig zu erkennen - damit agiert es vorwiegend auf der Ebene von Verhältnisprävention. Die Aktivitäten werden langfristig sozialräumlich strukturiert sein; ein stärkerer Setting-Bezug – in Kindertagesstätten, Schulen, im Quartier – ist möglicherweise u.a. wegen der Angst vor Stigmatisierung der Familien, wenn die psychische Erkrankung öffentlich wird, nicht angezeigt. Es ist mittelfristig denkbar, stärker auf der Ebene allgemeiner Prävention auf die Situation von Kindern mit psychisch kranken Eltern aufmerksam zu machen und aufzuklären – durch Informationsveranstaltungen, kulturelle Beiträge u.ä. Für die als längerfristig unterstützungsbedürftig identifizierten Kinder ist zu prüfen, ob die bestehenden Angebote – z.B. die (geplanten) offenen Kindergruppen oder das Patenschaftsmodell von PiB¹⁰, bei dem Kindern psychisch kranker Eltern für regelmäßige Kontakte und Krisensituationen eine Partnerfamilie an die Seite gestellt wird – ausreichen oder ob auf der Ebene indizierter Prävention weitere Angebote zu entwickeln sind. Von zentraler Bedeutung ist es, Netzwerkbildung unter den Akteuren voranzutreiben, damit die Kooperation zwischen strukturell unterschiedlichen Helfersystemen effizient zu organisieren und Verantwortlichkeiten verbindlich zu regeln, um Einzelne und Bevölkerungsgruppen im sozialen Netz zu

¹⁰ PiB: Pflegekinder in Bremen gGmbH

halten. Die Senatorin für AFGJS wird diese Prozesse fördern und vorantreiben.

2. Psychotische Ersterkrankungen

Hintergrund

Der erste Ausbruch einer schizophrenen Psychose bedeutet für die Betroffenen in der Regel eine massive Verunsicherung des eigenen Selbst, hohen seelischen Stress bis hin zur Traumatisierung und ist von vielfältigen Komplikationen in allen Lebensbezügen begleitet. Symptome wie Wahrnehmungs-, Denk- und Konzentrationsstörungen, begleitet von Wahnvorstellungen, paranoiden Ängsten, Beziehungs- und Kommunikationsstörungen etc. beeinträchtigen massiv die Arbeitsfähigkeit und jede soziale Interaktion. Wiedererkrankungen nach einer Ersterkrankung sind bei Psychosen sehr häufig, sie verschlechtern die Verlaufsprognose und führen häufig zu einem sozialen Rückzug des Patienten. Wenn es gelingt, Betroffene zu Beginn der Erkrankung bzw. in der typischerweise der manifesten Psychose vorangehenden Frühphase zu identifizieren, zu diagnostizieren und in einen multiprofessionellen Beratungs- und Behandlungsprozess zu integrieren, so lassen sich erwiesenermaßen Traumatisierungen während des initialen Ersterkrankungsschubs vermeiden bzw. reduzieren. Eine Bereitschaft zur Mitwirkung an der Behandlung, eine nicht durchgehend pessimistische Haltung gegenüber der Erkrankung sowie eine umfassende Aufklärung von Patient und Angehörigen gelten als prognostisch positiv.

Daten und Fakten

Um dies zu erreichen, wurde in 2008 eine spezifische Leitlinie zur „Diagnostik und Behandlung von Patienten mit erstmaliger Manifestation einer schizophrenen Störung“ für die stationären und tagesklinischen Bereiche aller Behandlungszentren bzw. psychiatrischen Kliniken der GeNo entwickelt. Ihr Ziel ist es, sozialpsychiatrische, psychotherapeutische, somatische, medikamentöse, psychoedukative und rehabilitative Ansätze, verbunden mit hoher Sensibilität für ersterkrankte Patienten, durch eine gemeinsame professionelle Haltung aller involvierten Fachkräfte zu integrieren. Die Leitlinie differenziert zwischen den verschiedenen Behandlungsphasen von der Notfall-, bzw. Akutversorgung bis hin zur Regenerationsphase und beschreibt die spezifischen Verantwortungsbereiche für sechs verschiedene Berufsgruppen. Ein Schwerpunkt der Leitlinie liegt auf der Einbeziehung des Patienten in die gesamte Behandlungsplanung. Für den stationären Versorgungsalltag wird ein sowohl offenes wie auch schützendes wie auch aktivierendes therapeutisches Milieu mit angemessener Struktur und Orientierung für diese Patientengruppe empfohlen. Ein Pflegeleitfaden „Erstmanifestation schizophrene Störung“ für die voll- und teilstationäre Pflege, der auf Alltagsgestaltung und –bewältigung ausgerichtet ist, gestaltet die pflegerische Handlungsorientierung anhand spezifischer krankheitstypischer Problembereiche aus.

Bei 75% aller Psychose-Erkrankungen geht der Erstmanifestation ein durchschnittlich mehrjähriges präpsychotisches Vorstadium voraus. Im Land Bremen erkranken statistisch etwa 55 bis 110 Menschen pro Jahr erstmalig manifest an einer Schizophrenie. Die Leitlinie „Erstmanifestation

schizophrene Störung' kann dabei helfen, die betroffenen Patienten frühzeitig angemessen zu diagnostizieren und in eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung zu führen. Damit soll der Anpassungsprozess an eine häufig chronisch verlaufende schwere psychische Störung erleichtert, Behandlungsergebnisse verbessert und gravierende negative Verlaufsformen reduziert werden. Die Behandlungsleitlinie ‚Erstmanifestation schizophrene Störung‘ wird nach einjähriger Laufzeit Anfang 2010 evaluiert; die Ergebnisse liegen derzeit noch nicht vor.

Die genannte Leitlinie wendet sich an bereits diagnostizierte Patienten und ist als sekundärpräventive Maßnahme konzipiert, die mit einem optimalen Behandlungsstart Traumatisierungen und negative Krankheitsverläufe verhindern möchte. Sie agiert auf der Ebene von Verhalten – Anleitung, Schulung, Kompetenztraining, Beziehungsförderung beim Patienten – und von Verhältnissen: das versorgende Team stellt auf der Basis eines gemeinsamen Krankheits- und Behandlungsverständnisses ein therapeutisches Milieu im Rahmen der stationären Versorgung bereit.

Zukünftige Handlungsfelder

Es ist für die Zukunft zu überlegen, ob die Leitlinie weiterentwickelt wird für den Bereich der Entlassungsplanung bzw. Überleitung in den ambulanten Bereich, um die Hilfeplanung bei Ersterkrankten nachhaltig zu gestalten und die präventive Wirkkraft der Leitlinie über die Dauer des stationären Aufenthalts hinaus zu sichern. Denn Maintenance ist bei psychotischen Erkrankungen von besonderer Bedeutung, um die Kompetenz des Patienten für den Umgang mit seiner Erkrankung – z.B. im Sinne eines Frühwarnsystems – und die Notwendigkeit therapeutischer Intervention in der individuell passenden Balance zu halten, und so schwere Krisen und damit verbundene massive Interventionen möglichst zu vermeiden.

3. Transkulturelle psychiatrische Sprechstunde

Hintergrund

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine im Gesundheitssystem unter- und/oder fehlversorgte Gruppe. Sie sind meistens mehrfach von Problemen betroffen und stehen zudem vor stärkeren Barrieren bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen: mangelnde Information über das Gesundheitssystem, Sprachprobleme, unzureichende interkulturelle Verständigungsmöglichkeiten, Erfahrungen mit Fremdheit und Ausgrenzung erschweren den Zugang und tragen zur Entwicklung oder Verstärkung psychischer Störungen bei.

Daten und Fakten

Vor diesem Hintergrund wurde im BHZ West die transkulturelle psychiatrische Sprechstunde etabliert. Sie ist eine Spezialberatung und Ambulanz für Menschen mit psychiatrischen Störungen und Migrationshintergrund.

Sie bietet psychiatrische Diagnostik und Therapie, psychopharmakologische Behandlung, Kriseninterventionen, Hausbesuche (in Einzelfällen), Beratung in der Sprechstunde, Weitervermittlung und einen 14-tägigen Gesprächskreis für türkische Frauen.

Ziel der Sprechstunde ist die Verbesserung des Zugangs zu psychiatrischen Hilfen, migrantenfreundlichere Versorgung durch Abbau von Zugangsproblemen (Sprache, Kultur, Gesundheitssystem) sowie die Steigerung der interkulturellen Kompetenz aller Mitarbeiter im psychiatrischen Hilfesystem.

Zukünftige Handlungsfelder

Die kultursensible Versorgung von psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund muss zukünftig in allen Versorgungsbereichen stärker in den Vordergrund rücken. Hierzu sollten Ansätze zur interkulturellen Öffnung auch und verstärkt Eingang finden in Leitbilder, Leitlinien und Clinical Pathways im psychiatrischen Bereich. Auf der praktischen Ebene sind im stationären und ambulanten Bereich z.B. Dolmetscherdienste auszubauen, gezielt mehrsprachige Mitarbeiter mit Migrationshintergrund einzusetzen, interkulturelle Qualifizierungen anzubieten sowie Aufklärung unter Migranten zu verstärken, um mangelndes Wissen über Versorgungsstrukturen und psychologische Zugangsbarrieren abzubauen. Hierzu bieten sich auch Kooperationen mit Interessensvertretungen von Migranten und anderen Experten an.

4. Suchtpräventionsprojekt „Voll im Blick“

Hintergrund

Extremer Alkoholkonsum von Jugendlichen hat sich in den letzten Jahren zu einem alarmierenden Problem entwickelt. Mit über 23.000 Krankenhausweisungen hat sich laut Drogen- und Suchtbericht zwischen 2000 und 2007 die Zahl der Einweisungen wegen Alkoholvergiftung bei 10-20-Jährigen in Deutschland mehr als verdoppelt. Kinder und Jugendliche sind wegen ihres unausgereiften Körpers, insbesondere des Zentralnervensystems, durch Alkoholmissbrauch prinzipiell gefährdeter als Erwachsene. Außerdem ist starker Alkoholkonsum mit einem erhöhten Risiko für Gewalttaten verbunden. Auch wenn die Anzahl der Jugendlichen, die Alkohol trinken, in den letzten Jahren insgesamt abgenommen hat, ist festzustellen, dass das Trinkverhalten der Alkoholkonsumierenden Jugendlichen viel extremer geworden ist, insbesondere was die Alkoholmenge betrifft.

Daten und Fakten

Im Land Bremen sind im Schuljahr 2008/09 insgesamt 402 Kinder und Jugendliche mit Alkoholvergiftungen im Krankenhaus behandelt worden, knapp die Hälfte waren unter 16 Jahre alt.

Zukünftige Handlungsfelder

Zusätzlich zu den vielfältigen Maßnahmen der Suchtprävention soll daher **mit dem in 2010 neu aufgelegten Projekt „Voll im Blick“ ein spezieller Beitrag** zur Frühintervention bei Kindern und Jugendlichen mit exzessivem Suchtmittelkonsum geleistet werden. Es geht darum, Jugendliche frühzeitig, also möglichst unmittelbar nach einem exzessiven Konsum, zur

Reflektion über das eigene Handeln anzuregen, bestehende Lebenskompetenzen zu stärken und damit den Anfängen negativer Entwicklungen bis hin zur Abhängigkeit vorzubeugen. Eingebunden in das Interventionsprojekt sind drei Gruppen, die mit Missbrauchsverhalten bzw. seinen Folgen i.d.R. früh in Kontakt kommen, nämlich Polizei, Ärzte und Pflegepersonal sowie Lehrer.

Nach einer ersten Ansprache durch Mitarbeiter dieser Gruppen und Einbezug der Eltern erfolgt zeitlich versetzt nach ca. 14 Tagen eine Intervention durch Beratungsfachleute vom Zentrum für schülerbezogene Beratung des Landesinstituts für Schule in Form von Einzelberatung und einem Gruppenangebot. Das Gruppenangebot ist interaktiv und erlebnispädagogisch ausgerichtet und umfasst drei 90-minütige Termine.

Als Ursachen für schwere Alkoholintoxikationen wurden von den Kindern und Jugendlichen Wett- und Trinkspiele, Langeweile, Unwissenheit im Umgang mit Alkohol und Problemverdrängung benannt. Dies macht deutlich, dass es neben einer Intervention am Krankenhausbett, wie oben beschrieben, weiterer sehr unterschiedlicher Vorfeld- bzw. Folgeinterventionen bedarf, um der Alkoholproblematik bei Jugendlichen angemessen zu begegnen.

Teil III

Psychiatrische Versorgungsangebote im Land Bremen

Die psychiatrische Versorgung ist in Bremen bis auf wenige Ausnahmen kommunalisiert. Das bedeutet, dass fast alle Hilfen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen von den Gemeinden Bremerhaven und Bremen dezentral für das jeweilige Stadtgebiet bereitgestellt werden. Ausnahmen bilden die Forensische Psychiatrie und die vollstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, die zentralisiert für das Land Bremen am KBO vorgehalten werden.

Die psychiatrischen Planungseinheiten umfassen seit der Regionalisierung in den 80er Jahren insgesamt sechs Regionen mit jeweils – so die Empfehlung der Enquête-Kommission – ca. 100.000 bis 150.000 Einwohnern. Das Stadtgebiet Bremerhaven bildet eine Einheit, Bremen-Stadt gliedert sich in fünf kommunale Planungseinheiten: Mitte, Nord, Ost, Süd und West. Jede Region ist mit einem psychiatrischen Behandlungszentrum – bzw. in Bremerhaven mit einer Klinik – ausgestattet.

Im Folgenden werden die Leistungsangebote für psychisch kranke Menschen differenziert dargestellt und bewertet – von den vollstationären über die tagesklinischen und die ambulanten Behandlungsangebote bis hin zu den weit gefächerten Leistungen der Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen sowie den Arbeits- und Beschäftigungsangeboten. Der sprachlichen Einfachheit wegen werden die letztgenannten Aspekte unter dem Terminus ‚komplementär‘ gefasst. Der Begriff bildet heutzutage den Entwicklungsstand nicht mehr korrekt ab, da diese Leistungen – gemäß den Intentionen der Psychiatrie-Reform – einen festen Bestandteil der Regelversorgung darstellen, wohingegen die klassische vollstationäre psychiatrische Versorgung nur noch für einen kleineren Teil der Patienten und i.d.R. für kurze Zeitphasen vorgehalten wird.

Es ist in diesem Kontext auch zu berücksichtigen, dass die Bremer psychiatrischen Krankenhäuser heute ihr Leistungsangebot ebenfalls in Teilen ambulantiert haben. Die Bremer Behandlungszentren arbeiten mit den integrierten Institutsambulanzen und den Sozialpsychiatrischen Diensten überwiegend ambulant und dezentral in den jeweiligen Regionen und sind daher nicht mit ‚stationärer Versorgung‘ bzw. ‚Krankenhausversorgung‘ gleichzusetzen.

Kurzbeschreibung des psychiatrischen Versorgungssystems

Zentrale Bestandteile der psychiatrischen Versorgung sind:

Stationäre klinische Behandlung für psychisch kranke und suchtkranke Menschen

- Fünf regionale psychiatrische Behandlungszentren (BHZ) in der Stadtgemeinde Bremen
 - Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am KBO
 - AMEOS Klinikum Dr. Heines
 - Klinikum Reinkenheide in Bremerhaven
- jeweils einschließlich stationärer psychosomatischer/ psychotherapeutischer Versorgung.

Ambulante klinische Beratung und Behandlung für psychisch kranke und suchtkranke Menschen (legale und illegale Drogen)

- Institutsambulanzen der psychiatrischen Kliniken bzw. der BHZ
- Sozialpsychiatrischer Dienst der BHZ einschließlich eines „Rund-um-die-Uhr“-Krisendienstes
- Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes Bremerhaven
- Suchtberatungsstellen
- Überlebenshilfe und Schadensminimierung
- Substitutionsbehandlung und substitutionsbegleitende Hilfen
- Ambulante Entwöhnung (Rehabilitation)
- Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) nach SGB V § 92
- Soziotherapie nach SGB V § 37a
- Medizinische Rehabilitation für Suchtkranke

Komplementäre Hilfen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen

- Stationäre Hilfen (Wohnheime)
- Ambulante Hilfen (Betreutes Wohnen)
- Tagesstätten mit niedrigschwelligem Zugang
- Arbeits- und Beschäftigungsangebote zur beruflichen Rehabilitation, z.B. in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und in Integrationsfirmen / Integrationsprojekten

Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Voll- und teilstationäre Behandlung
- Komplementäre Betreuung
- Verzahnung mit Pädiatrie und Jugendhilfe

Forensische Psychiatrie (Maßregelvollzug)

- Stationäre Behandlung und Sicherung
- Forensische Nachsorge einschließlich Institutsambulanzleistungen

Kapitel

1

1. Voll - und teilstationäre Versorgung

1.1 Allgemeinpsychiatrie

Durch die Auflösung des „Klosters Blankenburg“ im Jahre 1988 und der erklärten Zielsetzung der bremischen Psychiatriereform der Enthospitalisierung kam es zu einer Reduzierung der Bettenanzahl im Vergleich 1980 zu 2010 um 812 Betten. Dies entspricht einem Rückgang der vollstationären Betten, um knapp 60%.

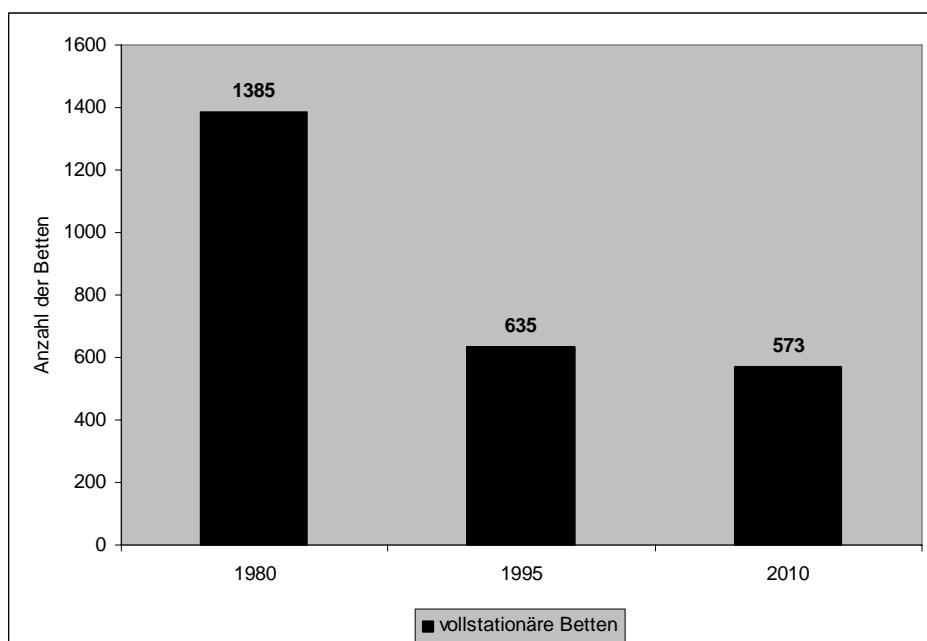


Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl geförderter vollstationärer Betten im Land Bremen in den Jahren 1980, 1995 und 2010¹¹

Hintergrund

Seit 2003 existieren in der Stadtgemeinde Bremen die fünf psychiatrischen Behandlungszentren (BHZ) Mitte, Nord, Süd, Ost, West mit Versorgungsauftrag für alle psychisch kranken Patienten im Bereich von Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht mit Wohnsitz in der jeweiligen Region. Die fünf Zentren gehören dem Bremer Klinikverbund Gesundheit Nord gGmbH-Klinikverbund Bremen (GeNo) an, der die kommunalen Kliniken Nord, Ost, Mitte und Links der Weser betreibt.

¹¹ Quelle: Die Zahlen sind den Landeskrankenhausplänen entnommen.

In den BHZ werden Behandlungsleistungen nach SGB V erbracht, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, und zwar in Form von vollstationärer Behandlung, tagesklinischer Behandlung sowie ambulanter Behandlung in den psychiatrischen Institutsambulanzen. Darüber hinaus werden in den BHZ seit 2004 kommunal finanzierte Leistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes erbracht. Die Verortung des SPsD in den BHZ bedeutet strukturell eine enge Verzahnung von öffentlichem Gesundheitswesen und Sozialversicherungsbereich. Die BHZ sind nach dem Bremer Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG¹²) vom Dezember 2000 (zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 23. Juni 2009 / Bre.GBl. S. 233) für die Durchführung und Vermittlung von Hilfen und Schutzmaßnahmen in ihrer Region zuständig. Zudem finden in den BHZ Unterbringungen nach dem PsychKG statt, d.h. Menschen, die sich selbst oder andere schwerwiegend gefährden, können auf Antrag der Ortspolizeibehörde und auf Beschluss der Gerichte gegen ihren Willen untergebracht werden. Weiterhin sind sie verantwortlich für die Erstellung von Gutachten und Stellungnahmen für Eingliederungsmaßnahmen nach SGB XII.

Nur die beiden Regionen Ost und Nord sind vollständig regionalisiert, das heißt sie verfügen über vollstationäre Betten, regeltagesklinische- und akut-tagesklinische Plätze¹³, Institutsambulanzen und einen Sozialpsychiatrischen Dienst. Patienten können also alle psychiatrischen Hilfen, abgestuft und flexibel je nach individuellem Behandlungsbedarf, in ihrer Wohnregion erhalten. Die BHZ Mitte, West und Süd sind teilweise regionalisiert: sie bieten ambulante und z.T. tagesklinische Versorgungsangebote sowie den sozial-psychiatrischen Dienst (SPsD) in der jeweiligen Wohnregion an. Die vollstationäre Versorgung für Patienten dieser Regionen erfolgt am Standort Klinikum Bremen-Ost auf Stationen, die der jeweiligen Region zugeordnet sind.

Neben den vier Behandlungszentren befindet sich am Standort Bremen Ost die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit 18 Behandlungsplätzen, die bei ausgewählten und insbesondere psychosomatischen Diagnosen psychotherapeutisch ausgerichtete und daher überwiegend längerfristige Therapie anbietet. (Siehe dazu Kapitel 4.1).

In dem AMEOS Klinikum Dr. Heines für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik werden neben dem allgemeinpsychiatrischen Angebot weitere spezielle Krankenhausleistungen in stationärer und ambulanter Form angeboten (z. B. Versorgung von Drogen-, Borderline- und Trauma-Erkrankungen). Das Klinikum liegt im Bremer Osten.

In der Stadtgemeinde Bremerhaven findet die voll- und teilstationäre Versorgung innerhalb der Allgemeinpsychiatrie zentral am Klinikum für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Reinkenheide Bremerhaven

¹² Im § 9 Abs. 2 des bremerischen PsychKG kann eine Person nur untergebracht werden, wenn Gefahr für 1. ihr Leben oder ihre Gesundheit oder 2. die Gesundheit, das Leben oder andere bedeutende Rechtsgüter Dritter besteht und diese Gefahr nicht anders abgewendet werden kann.

¹³ Regeltagesklinische Versorgung findet an fünf Wochentagen statt, das Wochenende verbringen die Patienten zu Hause. Die Akut-Tageskliniken hingegen halten sieben Tage in der Woche ein tagesklinisches Programm für die Patienten vor. Zudem besteht die Möglichkeit, dass die Patienten, mit denen eine akuttagesklinische Behandlung vereinbart ist, die jedoch nicht zur Behandlung erscheinen, von ihrer therapeutischen Begleitperson zu Hause besucht werden.

statt. Eine weitere Regionalisierung bietet sich aufgrund der Größe nicht an: die Stadt Bremerhaven hat etwa so viele Einwohner wie eine Region in der Stadt Bremen.

Daten und Fakten

Gemäß der Vorlage für die Landeskrankenhausplanung 2010-2015 verfügt das **Land Bremen** (Stadt Bremen und Stadt Bremerhaven) aktuell über **573** vollstationäre Betten sowie über **174** tagesklinische psychiatrische und psychosomatische Behandlungsplätze für erwachsene Menschen. Hinzu kommen **50** vollstationäre Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie **8** Plätze für die Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Vorlage für die Landeskrankenhausplanung 2010-2015; Stand 23.12.2009).

Tabelle 2: Planbetten für Erwachsene 2010-2015 „Disziplin Allgemeinpsychiatrie inkl. Psychotherapie/ Psychosomatik“

| Stadt Bremen | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------------|------------|------------|------------|
| Psychiatrie vollstationär | 471 | 491 | 491 |
| Psychiatrie teilstationär | 159 | 164 | 164 |
| Gesamt | 630 | 655 | 655 |

Tabelle 3: Planbetten 2010-2015 „Disziplin Allgemeinpsychiatrie inkl. Psychotherapie/ Psychosomatik“¹⁴

| Stadt Bremerhaven | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Psychiatrie vollstationär | 82 | 82 | 82 |
| Psychiatrie teilstationär | 10 | 10 | 10 |
| Gesamt | 92 | 92 | 92 |

Die psychiatrischen Betten verteilen sich auf folgende Klinikstandorte:

Tabelle 4: Überblick über die psychiatrischen stationären Betten für Erwachsene an den Klinikstandorten (Disziplin Allgemeinpsychiatrie inkl. Psychotherapie/ Psychosomatik)

| | Planbetten | vollstationär | teilstationär |
|-----------------------------------|------------|---------------|---------------|
| Klinikum Bremen-Ost | 394 | 268 | 126 |
| Klinikum Bremen-Nord | 82 | 44 | 38 |
| AMEOS Klinikum Dr. Heines | 179 | 179 | 0 |
| Klinikum Bremerhaven Reinkenheide | 92 | 82 | 10 |
| Gesamt | 747 | 573 | 174 |

¹⁴ Quelle: Vorlage für die Krankenhausplanung 2010-2015; Stand 23.12.2009; Bettenzahlen auf der Grundlage der Bescheide für die Jahre 2007 und 2008 lt. Vereinbarungsvorschläge für das Jahr 2009

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Versorgungskapazitäten in den regionalen psychiatrischen Behandlungszentren in Bremen bzw. in der Klinik in Bremerhaven, bezogen auf die regionale Bevölkerung:

Tabelle 5: Überblick über voll- und teilstationäre Behandlungsplätze an den Behandlungszentren¹⁵

| | Bevölkerung | Verhältnis stationär: teilstationär | vollstationär | | teilstationär | |
|---------------------|-------------|-------------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | | | Plätze | EW pro Platz | Plätze | EW pro Platz |
| Land Bremen | 661.716 | 68 : 32 | 378 | 1.751 | 174 | 3.803 |
| Stadt Bremen | 547.685 | 64 : 36 | 296 | 1.850 | 164 | 3.340 |
| Region Mitte* | 130.977 | 73 : 27 | 101 | 1.297 | 37 | 3.540 |
| Region Nord | 98.079 | 54 : 46 | 44 | 2.229 | 38 | 2.581 |
| Region Süd | 123.290 | 57 : 43 | 38 | 3.244 | 29 | 4.251 |
| Region Ost* | 106.280 | 64 : 36 | 68 | 1.563 | 39 | 2.725 |
| Region West | 89.064 | 68 : 32 | 45 | 1.979 | 21 | 4.241 |
| Bremerhaven | 114.031 | 89 : 11 | 82 | 1.415 | 10 | 11.600 |

*Für die Regionen Mitte und Ost entsprechen die Zahlen nicht der amtlichen Statistik der Stadtbezirke. Die Stadtteile Horn, Schwachhausen, Borgfeld, Oberneuland und Östliche Vorstadt, die amtlich dem Stadtbezirk Ost zugewiesen sind, werden durch das BHZ-Mitte mitbetreut). Zahlen aus: Statistisches Landesamt Bremen, Bremen kleinräumig 12/2009¹⁶

Ein gängiger Versorgungsindikator ist die Bettenmessziffer. Sie gibt die Zahl der vorgehaltenen vollstationären Betten je 1.000 Einwohner an. Das Statistische Bundesamt geht von 645 vollstationären Betten inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie im Land Bremen aus.¹⁷ Danach ergibt sich rein rechnerisch eine Bettenmessziffer von 0,97.¹⁸ Dieser Wert ist jedoch zu hoch:

1. In der Vorlage für den Landeskrankenhausplan sind 623 vollstationäre Betten ausgewiesen. Die Differenz zu den Daten des statistischen Landesamts ergibt sich dadurch, dass in der Bremer Vorlage die Zahl der in die Planung eingegangenen Betten angegeben ist, beim Statistischen jedoch die Zahl der Betten insgesamt. Für die Berechnung der Betten sollte die Zahl der Planbetten einbezogen werden.
2. In Bremen wird ein erheblicher Teil auswärtiger Patienten behandelt – und dementsprechend auch mehr Planbetten vorgehalten. Daher sollte die Bettenmessziffer um den Anteil auswärtiger Patienten bereinigt werden.

Über alle psychiatrischen Disziplinen und Kliniken im Land Bremen hinweg ergibt sich ein Auswärtigenanteil von 17,3%. Die um diesen Faktor bereinigte Zahl der psychiatrischen Betten beträgt 533 – die bereinigte Bettenmessziffer beträgt demnach 0,80. Damit unterscheidet sich das Land Bremen nur unwesentlich vom Bundesdurchschnitt, der eine Bettenmessziffer von 0,79 aufweist.

¹⁵ Die stationären Behandlungsplätze der regionalen BHZ sind teilweise an den Kliniken verortet. Sie sind also sowohl in Tabelle 5 als auch in Tabelle 4 aufgeführt.

¹⁶ Quelle: Auskunft GeNo 10.05.2010

¹⁷ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1., 2008

¹⁸ Referenz Bevölkerung: 661.866 Einwohner, 12/2008, Bremen kleinräumig, Statistisches Landesamt

Klinikum Bremen-Ost – Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie

In allen psychiatrischen Disziplinen (außer der Forensik) wurden am Klinikum Bremen-Ost im Jahr 2008 insgesamt fast **6.000** Fälle behandelt.

Tabelle 6: Entlassungen aus psychiatrischen Disziplinen (incl. Interne Entlassungen¹⁹) am KBO, in 2008

| 2008 | Gesamt | Männer (m) | Frauen (w) | m : w |
|----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Allgemeinpsychiatrie | 4.433 | 2.516 | 1.917 | 57:43 |
| Psychosomatik/ Psychotherapie | 101 | 39 | 62 | 39:61 |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie | 299 | 120 | 179 | 40:60 |
| TK Kinder- und Jugendpsychiatrie | 18 | 13 | 5 | 72:28 |
| TK Psychiatrie | 942 | 424 | 518 | 45:55 |
| Gesamt | 5.793 | 3.112 | 2.681 | 51:49 |

Über alle psychiatrischen Disziplinen hinweg betrachtet wurden mehr Männer als Frauen behandelt – das Geschlechterverhältnis liegt bei **54:46**. Die Differenz ist vor allem auf die Überrepräsentanz der Männer bei den Suchterkrankungen zurückzuführen.

Die Allgemeinpsychiatrie stellt die größte Disziplin im KBO dar. Im Jahr 2008 wurden hier etwa **4.500** Fälle behandelt. Dies stellt im Vergleich zu 2006 einen Anstieg um **292** Fälle, also ca. **7%** dar.

Tabelle 7: Entlassungen aus der Allgemeinpsychiatrie (inkl. interne Entlassungen) am KBO, zwischen 2006 und 2008

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------|--------------|--------------|--------------|
| Männer | 2.358 | 2.585 | 2.516 |
| Frauen | 1.783 | 1.862 | 1.917 |
| Gesamt | 4.141 | 4.447 | 4.433 |

Etwa 90% der Patienten der Allgemeinpsychiatrie stammen aus dem Bremer Stadtgebiet, 0,2% aus Bremerhaven und knapp 9% aus anderen Bundesländern (2008). **Im Vordergrund der psychiatrischen Diagnosen steht der Alkoholmissbrauch.** Dies hängt mit der sog. „Arbeitsteiligen Koordinierung“ der Landeskrankenhausplanung zusammen, wonach „legale Drogen“ in den Kliniken Bremen-Ost und Bremen-Nord behandelt, „illegalen Drogen“ dagegen in dem AMEOS Klinikum Dr. Heines.

¹⁹ Wenn innerhalb des Krankenhauses ein Patient z.B aus der Allgemeinpsychiatrie in die Somatik verlegt wird, so handelt es sich um eine interne Entlassung.

In der Allgemeinpsychiatrie im KBO wurden in 2008 gut die Hälfte der Männer und gut ein Viertel der Frauen auf Basis der Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen aufgrund von psychotropen Substanzen“ (ICD 10 10-19) behandelt (siehe Tab. 8).

Tabelle 8: KBO - Diagnosen in der Allgemeinpsychiatrie (2008)

| | Entlassungen | | | Verweildauer | | |
|---|--------------|--------|--------|--------------|--------|--------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | Gesamt | Männer | Frauen |
| Psychische und Verhaltensstörungen (F00-99) | 4359 | 2480 | 1879 | 18,8 | 17 | 21,1 |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) | 1884 | 1347 | 537 | 8,2 | 8,3 | 8,0 |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) | 1798 | 1301 | 497 | 8,0 | 8,2 | 7,5 |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (F19) | 38 | 26 | 12 | 7,6 | 8,7 | 5,2 |

Die durchschnittliche Verweildauer aufgrund des Missbrauchs von psychotropen Substanzen ist mit ca. acht Tagen (bei Männern wie bei Frauen) vergleichsweise niedrig.

Die längsten Verweildauern weisen Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises auf, die hinsichtlich der Häufigkeit an zweiter Stelle stehen - bei Männern und auch bei Frauen. Zu dieser Diagnosegruppe zählen z.B. Psychosen oder Paranoia.

Längere Verweildauern weisen auch die sog. affektiven Störungen auf wie z.B. Depressionen, bipolare Störungen (manisch-depressive Erkrankungen) oder Angststörungen.

Die folgende Zusammenstellung der zehn häufigsten Diagnosen in der Allgemeinpsychiatrie belegt noch einmal die Dominanz von alkoholassoziierten Erkrankungen und Schizophrenie:

Tabelle 9: Die 10 häufigsten Einzeldiagnosen in der Allgemeinpsychiatrie KBO, 2008, Männer

| | Diagnosen | Entlassungen | Verweildauer | %-Anteil an allen Entlassungen aus der Erwachsenenpsychiatrie |
|-------|--|--------------|--------------|---|
| F10.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom | 1144 | 8,1 | 45,5 |
| F20.0 | Paranoide Schizophrenie | 424 | 36,9 | 16,9 |
| F10.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | 84 | 6,5 | 3,3 |
| F32.2 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 68 | 27 | 2,7 |
| F03 | Nicht näher bezeichnete Demenz | 59 | 23,2 | 2,3 |
| F43.2 | Anpassungsstörungen | 56 | 9,6 | 2,2 |
| F05.1 | Delir bei Demenz | 51 | 17,9 | 2,0 |
| F32.1 | Mittelgradige depressive Episode | 41 | 15,3 | 1,6 |
| F43.0 | Akute Belastungsreaktion | 39 | 4,8 | 1,6 |
| F60.3 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung | 38 | 15,5 | 1,5 |

Tabelle 10: Die 10 häufigsten Einzeldiagnosen in der Allgemeinpsychiatrie KBO, 2008, Frauen

| | Diagnosen | Entlassungen | Verweildauer | %-Anteil an allen Entlassungen aus der Erwachsenenpsychiatrie |
|-------|---|--------------|--------------|---|
| F10.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom | 440,0 | 7,5 | 23,0 |
| F20.0 | Paranoide Schizophrenie | 272,0 | 34,6 | 14,2 |
| F60.3 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung | 154,0 | 17 | 8,0 |
| F32.2 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 104,0 | 28,4 | 5,4 |
| F32.1 | Mittelgradige depressive Episode | 74,0 | 20,5 | 3,9 |
| F43.2 | Anpassungsstörungen | 71,0 | 9,8 | 3,7 |
| F03 | Nicht näher bezeichnete Demenz | 69,0 | 22,1 | 3,6 |
| F05.1 | Delir bei Demenz | 59,0 | 19,2 | 3,1 |
| F43.0 | Akute Belastungsreaktion | 46,0 | 4,8 | 2,4 |
| F33.2 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome | 46,0 | 34,8 | 2,4 |

Klinikum Bremen-Nord

Das KBN verfügt an psychiatrischen Disziplinen über eine vollstationäre Psychiatrie und eine psychiatrische Tagesklinik. Im Jahr 2008 wurden hier insgesamt knapp **1.500** Fälle behandelt. Die Verweildauer betrug 13,2 Tage in der vollstationären Allgemeinpsychiatrie und 11,1 Tage in der Tagesklinik.

Tabelle 11: Entlassungen aus psychiatrischen Disziplinen (incl. Interne Entlassungen) am KBN, in 2008

| 2008 | Gesamt | Männer (m) | Frauen (w) | m : w |
|----------------------------|--------------|------------|------------|--------------|
| Vollstationäre Psychiatrie | 941 | 522 | 419 | 55:45 |
| TK Psychiatrie | 542 | 269 | 273 | 50:50 |
| Gesamt | 1.483 | 791 | 692 | 53:47 |

Über alle psychiatrischen Disziplinen hinweg betrachtet wurden mehr Männer als Frauen behandelt – das Geschlechterverhältnis liegt bei **53:47**.

Ca. 94% der Patienten stammen aus dem Bremer Stadtgebiet und knapp 6% aus anderen Bundesländern.

Im vollstationären Bereich wurden im Jahr 2008 941 Fälle behandelt. Dies stellt im Vergleich zu 2007 einen Anstieg um **22** Fälle, also ca. **2,4%** dar.

Tabelle 12: Entlassungen aus der Allgemeinpsychiatrie (inkl. interne Entlassungen) am KBN, zwischen 2006 und 2008

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------|------------|------------|------------|
| Männer | 534 | 531 | 522 |
| Frauen | 384 | 388 | 419 |
| Gesamt | 918 | 919 | 941 |

Tabelle 13: KBN - Diagnosen in der Allgemeinpsychiatrie (2008)

| | Entlassungen | | | Verweildauer | | |
|---|--------------|--------|--------|--------------|--------|--------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | Gesamt | Männer | Frauen |
| Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) | 942 | 522 | 420 | 13,6 | 11,3 | 16,5 |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) | 414 | 299 | 115 | 6,6 | 6,6 | 6,6 |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) | 402 | 293 | 109 | 6,5 | 6,5 | 6,3 |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (F19) | 1 | 1 | - | 20,0 | 20,0 | - |

Auch im KBN sind die häufigsten Diagnosen bei den Männern „Psychische und Verhaltensstörungen aufgrund von psychotropen Substanzen“ (F 10-19).

Anders als bei Männern ist bei den Frauen keine ausgeprägte Dominanz der Alkoholerkrankungen festzustellen. Häufigste Diagnosen sind Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises und auch die affektiven Störungen, zu denen unter anderem Depressionen zählen.

Die durchschnittliche Verweildauer aufgrund des Missbrauchs von psychotropen Substanzen ist mit 6 Tagen bei Männern und 7 Tagen bei Frauen niedrig. Die längsten Verweildauern weisen sowohl Männer als auch Frauen mit Schizophrenien auf.

Tabelle 14: Die 10 häufigsten Einzeldiagnosen in der Allgemeinpsychiatrie KBN, 2008, Männer

| | Diagnosen | Entlassungen | Verweildauer | %-Anteil an allen Entlassungen aus der Erwachsenenpsychiatrie |
|-------|---|--------------|--------------|---|
| F10.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom | 280 | 6,5 | 53,6 |
| F20.0 | Paranoide Schizophrenie | 89 | 19,8 | 17,1 |
| F43.0 | Akute Belastungsreaktion | 22 | 7,3 | 4,2 |
| F33.2 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome | 13 | 20,8 | 2,5 |
| F03 | Nicht näher bezeichnete Demenz | 12 | 11 | 2,3 |
| F32.2 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 11 | 12,8 | 2,1 |
| F43.1 | Posttraumatische Belastungsstörung | 6 | 11,5 | 1,1 |
| F23.1 | Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie | 6 | 8,3 | 1,1 |
| F60.3 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung | 6 | 15,8 | 1,1 |
| F25.0 | Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch | 5 | 51,6 | 1,0 |

Tabelle 15: Die 10 häufigsten Einzeldiagnosen in der Allgemeinpsychiatrie KBN, 2008, Frauen

| | Diagnosen | Entlassungen | Verweildauer | %-Anteil an allen Entlassungen aus der Erwachsenenpsychiatrie |
|-------|---|--------------|--------------|---|
| F10.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom | 105,0 | 6,4 | 25,1 |
| F20.0 | Paranoide Schizophrenie | 82,0 | 24,9 | 19,6 |
| F33.2 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome | 67,0 | 28,1 | 16,0 |
| F32.2 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 20,0 | 12,8 | 4,8 |
| F33.1 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode | 16,0 | 8,8 | 3,8 |
| F03 | Nicht näher bezeichnete Demenz | 12,0 | 12,6 | 2,9 |
| F25.0 | Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch | 12,0 | 32,4 | 2,9 |
| F43.0 | Akute Belastungsreaktion | 10,0 | 7 | 2,4 |
| F25.1 | Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv | 10,0 | 20,8 | 2,4 |
| F32.1 | Mittelgradige depressive Episode | 9,0 | 8,9 | 2,1 |

AMEOS Klinikum Dr. Heines

Das von einem privaten Träger geführte AMEOS Klinikum Dr. Heines, Fachklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, bietet ebenfalls vollstationäre Versorgungsmöglichkeiten für erwachsene Patienten und kann ebenfalls Patienten nach dem Bremischen PsychKG unterbringen. Sie verfügt aktuell über 206 Betten auf neun Stationen. **179** Betten sind Teil des Krankenhausplans des Landes Bremen und demnach für die regionale Pflichtversorgung der Stadt Bremen vorgesehen. Eine Versorgungsverpflichtung für die Einwohner der Gemeinde Bremen besteht für die Behandlung von Borderline-, Traumaerkrankung und Drogenabhängigkeit. (vgl. Qualitätsbericht AMEOS Klinikum Dr. Heines 2006). Die Klinik wird landesweit und vom näheren Umland in Anspruch genommen.

Die psychiatrische Fachklinik verfügt über eine psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V mit einem zusätzlichen Schwerpunkt in der Behandlung von Borderline-Patienten. Des Weiteren besteht ein ambulantes Angebot für die Substitution und die psychiatrische Behandlung von Drogenabhängigen in der Einrichtung „AMEOS Medizinisches Versorgungszentrum Bremen“ in der Innenstadt.

Inanspruchnahme – ausgewählte Diagnosen und Verweildauern

Im Jahr 2008 wurden hier **2.246** Fälle behandelt. Dies stellt im Vergleich zu 2007 einen Anstieg um **69** Fälle, also **3,2%** dar.

Tabelle 16: Entlassungen aus der Allgemeinpsychiatrie (incl. Interne Entlassungen) aus dem AMEOS Klinikum Dr. Heines, zwischen 2006 und 2008

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|
| Männer | 927 | 983 | 1082 |
| Frauen | 1079 | 1194 | 1164 |
| Gesamt | 2006 | 2177 | 2246 |

Anders als bei den vorgenannten regionsbezogenen Kliniken kommt hier nur etwa die Hälfte der Patienten aus dem Bremer Stadtgebiet (**52%**), **44% kommen** aus dem Umland. **4%** der Patienten kommen aus der Stadt Bremerhaven

Wie auch im KBO und im KBN werden Männer am häufigsten mit der Diagnose ‚Psychische Verhaltensstörungen aufgrund des Missbrauchs von psychotropen Substanzen‘ behandelt, allerdings steht hier entsprechend der Versorgungsverpflichtung der sogenannte multiple Substanzgebrauch, also der Konsum illegaler Drogen, im Vordergrund.

An zweiter Stelle stehen affektive Störungen (im KBO und KBN waren es Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises), danach folgen Schizophrenien.

Bei den Frauen ist die Rangfolge der beiden häufigsten Diagnosen umgekehrt: Frauen in dem AMEOS Klinikum Dr. Heines werden am häufigsten aufgrund von affektiven Störungen behandelt. An zweiter Stelle stehen Psychische Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch. An dritter Stelle stehen posttraumatische Belastungen; Schizophrenien befinden sich nicht unter den häufigsten zehn Diagnosen.

Tabelle 17: AMEOS – Diagnosen in der Allgemeinpsychiatrie (2008)

| | Entlassungen | | | Verweildauer | | |
|---|--------------|--------|--------|--------------|--------|--------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | Gesamt | Männer | Frauen |
| Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) | 2.238 | 1.075 | 1.163 | 29,8 | 22,3 | 36,8 |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) | 881 | 663 | 218 | 10,6 | 10,4 | 11,4 |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) | 5 | 4 | 1 | 12,8 | 14 | 8 |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (F19) | 858 | 650 | 208 | 10,5 | 10,4 | 10,8 |

Tabelle 18: Die 10 häufigsten Einzeldiagnosen in der Allgemeinpsychiatrie des AMEOS Klinikum Dr. Heines, 2008, Männer

| | Diagnosen | Entlassungen | Verweildauer | %-Anteil an allen Entlassungen aus der Erwachsenenpsychiatrie |
|-------|---|--------------|--------------|---|
| F19.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (Abhängigkeitssyndrom) | 647 | 10,4 | 59,8 |
| F33.2 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome | 114 | 47,2 | 10,5 |
| F32.2 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 111 | 38,2 | 10,3 |
| F20.0 | Paranoide Schizophrenie | 36 | 33 | 3,3 |
| F60.3 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung | 32 | 52,5 | 3,0 |
| F43.1 | Posttraumatische Belastungsstörung | 19 | 50,2 | 1,8 |
| F43.2 | Anpassungsstörungen | 17 | 21,7 | 1,6 |
| F40.0 | Agoraphobie | 13 | 48,5 | 1,2 |
| F31.4 | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 13 | 46,6 | 1,2 |
| F41.0 | Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] | 9 | 40,4 | 0,8 |

Tabelle 19: Die 10 häufigsten Einzeldiagnosen in der Allgemeinpsychiatrie des AMEOS Klinikum Dr. Heines, 2008, Frauen

| | Diagnosen | Entlassungen | Verweildauer | %-Anteil an allen Entlassungen aus der Erwachsenenpsychiatrie |
|-------|---|--------------|--------------|---|
| F33.2 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome | 240 | 45,1 | 20,6 |
| F32.2 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 216 | 38,9 | 18,6 |
| F19.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (Abhängigkeitssyndrom) | 208 | 10,8 | 17,9 |
| F43.1 | Posttraumatische Belastungsstörung | 145 | 50,0 | 12,5 |

| | | | | |
|-------|---|-----|------|------|
| F60.3 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung | 132 | 47,1 | 11,3 |
| F43.2 | Anpassungsstörungen | 26 | 19,5 | 2,2 |
| F20.0 | Paranoide Schizophrenie | 24 | 35,9 | 2,1 |
| F31.4 | Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 18 | 47,4 | 1,5 |
| F41.0 | Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] | 17 | 39,8 | 1,5 |
| F41.1 | Generalisierte Angststörung | 15 | 44,3 | 1,3 |

Die Verweildauern in der Allgemeinpsychiatrie des AMEOS Klinikum Dr. Heines liegen höher als in den beiden anderen betrachteten Kliniken. Über die Diagnosegruppen (F00-F99) hinweg, lag die Verweildauer bei **29,8** Tagen für den gesamten vollstationären Bereich.

Die stationäre psychiatrische Versorgung in der **Stadtgemeinde Bremerhaven** erfolgt primär durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, einer Fachabteilung am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide.

Heute stehen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie **82** vollstationäre Planbetten und **10** tagesklinische Behandlungsplätze im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung. Die stationären Betten verteilen sich auf eine geschlossene Station mit Betten für die Krisen- und Notfallpsychiatrie (Akutstation). Daneben existieren drei offene Stationen für an Schizophrenie erkrankte Patienten, für suchtkranke Patienten und depressive gerontopsychiatrisch zu versorgende Patienten. Wie in den regionalen BHZ in der Stadtgemeinde Bremen besteht auch hier eine regionale Versorgungsverpflichtung; ebenso sind Unterbringungen nach dem bremischen PsychKG möglich. Damit leistet das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide mit seinem multiprofessionell ausgerichteten Behandlungsspektrum weitestgehend die stationäre psychiatrische Vollversorgung für die Stadt Bremerhaven.

Inanspruchnahme – ausgewählte Diagnosen und Verweildauern

Im Jahr 2008 wurden im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide 2.014 Fälle behandelt, 1.904 in der vollstationären Erwachsenen-Psychiatrie und 110 in der Tagesklinik.

Tabelle 20: Entlassungen aus psychiatrischen Disziplinen (incl. Interne Entlassungen) am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide, in 2008

| 2008 | Gesamt | Männer (m) | Frauen (w) | m : w |
|----------------------|-------------|-------------|------------|--------------|
| Allgemeinpsychiatrie | 1904 | 1181 | 723 | 62:38 |
| TK Psychiatrie | 110 | 56 | 54 | 51:49 |
| Gesamt | 2014 | 1237 | 777 | 61:39 |

In den letzten Jahren zeigte sich keine nennenswerte Veränderung bei der Zahl der Entlassungen.

Tabelle 21: Entlassungen aus der Allgemeinpsychiatrie (incl. Interne Entlassungen) aus dem Klinikum Bremerhaven Reinkenheide, zwischen 2006 und 2008

| | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|
| Männer | 1125 | 1207 | 1181 |
| Frauen | 795 | 751 | 723 |
| Gesamt | 1920 | 1958 | 1904 |

Der überwiegende Teil der Patienten stammt aus dem Bremerhavener Stadtgebiet (90,5%). Nur ein geringer Anteil kommt aus der Stadt Bremen (unter 1 %). Knapp 9% der Patienten kommen von auswärts.

Die häufigsten Diagnosegruppen - bei Männern noch ausgeprägter als bei Frauen - stellen auch in dieser Klinik die ‚Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen‘ dar. Wie auch in den Kliniken Bremen-Ost und Bremen-Nord belegen Schizophrenien und affektive Erkrankungen vordere Plätze.

Die längsten Verweildauern hatten Patienten - sowohl Männer wie auch Frauen – mit den Diagnosen Schizophrenien sowie Affektive Störungen.

Tabelle 22: Reinkenheide - Diagnosen in der Allgemeinpsychiatrie (2008)

| | Entlassungen | | | Verweildauer | | |
|---|--------------|--------|--------|--------------|--------|--------|
| | Gesamt | Männer | Frauen | Gesamt | Männer | Frauen |
| Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) | 1904 | 1181 | 723 | 14,5 | 12,4 | 17,9 |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) | 895 | 706 | 189 | 7,8 | 7,8 | 7,8 |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) | 702 | 562 | 140 | 7,5 | 7,6 | 7,0 |
| Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (F19) | 164 | 119 | 45 | 8,2 | 7,8 | 9,4 |

Tabelle 23: Die 10 häufigsten Einzeldiagnosen in der Allgemeinpsychiatrie des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide, 2008, Männer

| | Diagnosen | Entlassungen | Verweildauer | %-Anteil an allen Entlassungen aus der Erwachsenenpsychiatrie |
|-------|--|--------------|--------------|---|
| F10.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom | 288 | 7,8 | 24,4 |
| F10.3 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom | 167 | 8,9 | 14,1 |

| | drom | | | |
|-------|---|-----|------|------|
| F20.0 | Paranoide Schizophrenie | 151 | 26,7 | 12,8 |
| F19.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom | 102 | 8,1 | 8,6 |
| F10.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | 59 | 2,3 | 5,0 |
| F32.9 | Depressive Episode, nicht näher bezeichnet | 30 | 10,7 | 2,5 |
| F32.2 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 28 | 18,5 | 2,4 |
| F06.9 | Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit | 26 | 11 | 2,2 |
| F03 | Nicht näher bezeichnete Demenz | 24 | 8,6 | 2,0 |
| F10.4 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir | 22 | 7,3 | 1,9 |

Tabelle 24: Die 10 häufigsten Einzeldiagnosen in der Allgemeinpsychiatrie des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide, 2008, Frauen

| | Diagnosen | Entlassungen | Verweildauer | %-Anteil an allen Entlassungen aus der Erwachsenenpsychiatrie |
|-------|--|--------------|--------------|---|
| F20.0 | Paranoide Schizophrenie | 71 | 32,4 | 9,8 |
| F60.3 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung | 69 | 18,8 | 9,5 |
| F10.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom | 62 | 7,9 | 8,6 |
| F10.3 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugs syndrom | 40 | 7,3 | 5,5 |
| F32.1 | Mittelgradige depressive Episode | 34 | 27,8 | 4,7 |
| F19.2 | Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom | 33 | 10,6 | 4,6 |
| F32.2 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 33 | 32,5 | 4,6 |
| F32.9 | Depressive Episode, nicht näher bezeichnet | 31 | 13,9 | 4,3 |
| F03 | Nicht näher bezeichnete Demenz | 26 | 11,3 | 3,6 |
| F10.0 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] | 24 | 1,6 | 3,3 |

Zukünftige Handlungsfelder

Die Psychiatrieplanung des Landes Bremen richtet sich auch zukünftig weiterhin konsequent an der Maßgabe ‚ambulant vor stationär‘ aus; schwerpunktmäßig werden also ambulante Beratungs-, Behandlungs- und Kriseninterventionsangebote weiter entwickelt und Möglichkeiten der Vermeidung oder Verkürzung stationärer Behandlung weiter verfolgt. Insbesondere stationäre Aufenthalte ohne aktivierende Begleitung werden als unangemessen erachtet.

Doch ist auch langfristig nicht vollkommen auf ein **stationäres Behandlungssetting** zu verzichten. Es ist wünschenswert, auch dieses möglichst vollständig regional zu verorten, so dass die gesamte psychiatrische Behandlungspalette **einschließlich der Krankenhausbehandlung** gemeindenah erfolgt, wie es bereits für die Regionen Nord und Ost verwirklicht ist.

So sollte auch die teilstationäre Behandlung in allen Regionen erfolgen, d.h. auch die **Tagesklinik für die Patienten aus der Region Mitte** wäre vom zentralen Standort Ost auszugliedern und im Bereich Mitte zu verankern.

Im Rahmen der Analyse des Regionalisierungsprozesses ist zu prüfen, ob eine gemeindenah orientierte stationäre Psychiatrie auf eine weitere fachliche Ausdifferenzierung im Sinne **psychiatrischer Spezialisierung** verzichten sollte und könnte, oder ob für einzelne Erkrankungen weitere spezialisierte Behandlungsangebote unter Gesichtspunkten der Evidenzbasierung zeitgemäß und geboten sein können.

In Bremerhaven wird die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide der dringend erforderlichen Sanierung unterzogen. Dies wird mit einer sowohl räumlichen wie auch angebotsbezogenen **Umorganisation** einhergehen. Vor diesem Hintergrund wäre es sinnvoll, dass der Magistrat Bremerhaven in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern das kommunale Versorgungssystem in Richtung einer stärkeren Verzahnung der voll- und teilstationären Leistungen mit den ambulanten und komplementären Angeboten weiterentwickelt. Das bedeutet, im Sinne einer patientenorientierten ‚Behandlung aus einer Hand‘ eine Verbindung steuerfinanzierter und GKV-Leistungen und Strukturen nicht nur in Bremen, sondern auch am Standort Bremerhaven umzusetzen.

Im Bereich im der **Hilfen für psychisch kranke alte bzw. im Alter psychisch krank gewordene Menschen** sollte überdacht werden, ob es angesichts des steigenden Anteils alter und höchstaltriger Menschen an der Gesamtbevölkerung²⁰ noch ausreichend ist, spezifische gerontopsychiatrische Hilfen vorrangig in spezialisierten Einrichtungen beispielsweise in gerontopsychiatrischen Wohnheimen vorzuhalten, oder ob es sinnvoller ist – wie es bereits seit Jahren in der Stadtgemeinde Bremerhaven umgesetzt wird –, **diese speziellen**

²⁰ In den kommunalen Psychiatrieplänen der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven (Kommunaler Psychiatrieplan 2005 Gesundheitsamt Bremen; Entwurf Kommunaler Psychiatrieplan Bremerhaven 2005) wird auf den steigenden Bedarf an gerontopsychiatrischen Hilfen aufgrund der demografischen Entwicklung hingewiesen. Zusammenfassend wurde für Bremen ein Anstieg allein des Anteils der über 70 Jährigen in den Jahren zwischen 2000 und 2010 von ca. 15% ausgegangen was in absoluten Zahlen etwa 10.000 über 70 jährige Breminnen und Bremer bedeutet und damit der Anteil psychisch kranker alter Menschen mit gerontopsychiatrischem Hilfebedarf ebenfalls steigt.

Hilfen, die von entsprechend qualifizierten Fachkräften durchgeführt werden sollten, in sämtlichen psychiatrischen Wohnheimen vorzuhalten. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit zukünftig auch **in den Alten- und Pflegeheimen zunehmend gerontopsychiatrische Hilfen** qualifiziert anzubieten wären und die Kooperation zwischen den verschiedenen Systemen der Eingliederungshilfe und der Altenpflege zu optimieren wäre. Gerade für die bislang in der Stadtgemeinde Bremen vorhandenen spezialisierten gerontopsychiatrischen Heimeinrichtungen bedeutete der Anstieg eben auch der höchstaltrigen Bewohnerinnen und Bewohner ein Umdenken in Richtung Altenpflege.

Neben den behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen im Alter wie Depressionen, psychoreaktive Störungen und Persönlichkeitsstörungen steigt der Anteil demenzieller Erkrankungen. Zu Letzterem hat sich unter Federführung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales die „**Landesinitiative Demenz**“ (**LinDe**) gegründet, die sich zum Ziel gesetzt hat, Maßnahmen zur gezielten und koordinierten Behandlung und Betreuung demenziell erkrankter Bremerinnen und Bremer zu entwickeln.

Der Bereich gerontopsychiatrischer Hilfen sollte als integrierter bzw. zu integrierender Bestandteil der Psychiatrie im vorliegenden Landespsychiatrieplan insbesondere in Teil II immer mitgedacht werden.

Bezüglich der Datenlage im voll- und teilstationären Bereich der Klinika wäre es sinnvoll, zukünftig im **KBO eine Differenzierung der Krankenhausstatistik** (z. B. Diagnosen) **nach den Behandlungszentren** vorzunehmen.

1.2 Suchtkrankenbehandlung

Hintergrund

Das Suchtkrankenhilfesystem besteht im Bereich der Krankenversorgung aus den Segmenten Beratung, Entgiftung und Entwöhnung.

Die Beratung und Betreuung Abhängigkeitserkrankter und Suchtgefährdeter (auch im Sinne der Prävention) findet im Rahmen der kommunalen Daseinsfürsorge und der Eingliederungshilfe nach SGB XII statt. Die Finanzierung liegt dabei in Hand der Kommunen bzw. des Landes. Entgiftung bzw. Akutbehandlung bezieht sich auf den körperlichen Entzug und wird größtenteils im Rahmen von Krankenhausbehandlung (§27 SGB V) erbracht. Entwöhnung meint die langfristige Therapie der Abhängigkeit, die i.d.R. eine Leistung der Rentenversicherung ist (§9ff. SGB VI) und ambulant, teilstationär oder stationär (letzteres in Rehabilitationskliniken) erbracht wird.

Die Akut- und Entgiftungsbehandlung zielt darauf ab – ausgehend von den Zielen der Überlebens- und Gesundheitssicherung – neben der Behandlung der körperlichen Problematik die Einstellung und das Verhalten der Alkoholkranken bzgl. des Alkoholkonsums zu ändern. Teilziele bestehen in einer Reduktion von Menge und Häufigkeit des pathologischen Alkoholkonsums, der Entwicklung von Veränderungsbereitschaft, dem Aufbau von psychosozialen Kompetenzen und der Bereitschaft, konkrete weitere Behandlungsschritte anzugehen. Im Vorfeld einer Entgiftungsbehandlung haben Suchtberatungsstellen, Betriebe und deren Suchtkrankenhilfe, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, der ärztliche Notdienst sowie Selbsthilfeorganisationen eine wesentliche

Vermittlungsfunktion. Die Entscheidung, ob eine Entgiftungsbehandlung im vollstationären, teilstationären oder ambulanten Setting stattfindet, hängt von der Schwere des aktuellen Krankheitsbildes und der Stabilität der sozialen Situation ab. Über den körperlichen Entzug hinaus erfolgt die weitere medizinische Versorgung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen durch psychiatrische Krankenhäuser, aber auch durch allgemeine Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte.

Daten und Fakten

Im Land Bremen sind 98 Betten für eine Entgiftungsbehandlung Abhängigkeitskranker ausgewiesen, dazu kommen Betten der allgemeinpsychiatrischen Versorgung in Bremen-Nord, die nach Bedarf für eine Entgiftungsbehandlung eingesetzt werden.

In der **Stadt Bremen** sind 52 Betten für die Regionen Mitte, West, Süd und Ost am Klinikum Bremen-Ost für alkohol- und medikamentenabhängige Personen zusammengeführt. Für drogenabhängige Personen liegt die Versorgung mit 24 Betten bei dem AMEOS Klinikum Dr. Heines. Dort ist eine Aufstockung der Betten beantragt, um ein differenziertes Dreistationen-Modell (Akutaufnahme-, Motivations- und Doppeldiagnosenstation) umzusetzen.

In **Bremerhaven** führt das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide mit 22 Betten die Entgiftungsbehandlung durch.

Für die Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen „Psychose und Sucht“ steht am Klinikum Bremen-Ost außerdem eine Station für insgesamt 12 Patienten zur Verfügung.

Zukünftige Handlungsfelder

Der Zugang zu den einzelnen Segmenten ist für Suchtkranke und deren Angehörige oft schwierig. Im Sinne einer abgestimmten Versorgungsstruktur fehlt oft der „sanfte“ Übergang bzw. die koordinierende Hand, was für den Kranken zur Verzögerung notwendiger Behandlungsschritte und für das System zur unnötigen Bindung von Ressourcen führt. Weiter wird die Zusammenarbeit durch völlig unterschiedliche Anforderungen an Genehmigungs- und Qualitätssicherungsverfahren erschwert.

Das verbindliche Zusammenwirken an den Schnittstellen der Kostenträger hat sich bezogen auf den Einzelfall z.T. in den letzten Jahren verbessert, bezogen auf das gesamte Versorgungssystem sind strukturelle Schnittstellen jedoch nicht überbrückt.

Zukünftige Schwerpunkte in der Weiterentwicklung sind:

- Verbindliche Kooperation aller an der Versorgung Suchtkranker Beteiligter
- Interdisziplinäre Fallkonferenzen für Suchtkranke mit komplexem Hilfebedarf unter vereinbarter Moderation
- Angebot von Konsiliar- und Liaisondiensten
- Sicherstellung der zeitnahen Auf- bzw. Übernahme von Hilfesuchenden
- Entwicklung einer einheitlichen Dokumentation und eines Konsenses über die Erfolgskriterien
- Prüfung der Notwendigkeit und Realisierbarkeit von Frühinterventionen im somatischen Krankenhausbereich, da insbesondere auf unfallchirurgischen und internistischen Stationen Alkoholgefährdete erreicht werden können.

1.2.1 Medizinische Rehabilitation

Hintergrund

Medizinische Rehabilitation hat im Bereich der Suchtkrankenhilfe insofern eine wesentliche Bedeutung, als sie den großen Bereich der Entwöhnung von Abhängigkeit umfasst. Zu der medizinischen Rehabilitation gehören Leistungen der Entwöhnungsbehandlungen in Zusammenhang mit einer stoffgebundenen Suchterkrankung. Diese Leistungen werden in ausgewählten Suchteinrichtungen durchgeführt. Aufgabenschwerpunkte der medizinischen Rehabilitation sind die Erhaltung der dauerhaften Abstinenz, Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit, Behebung und Ausgleich körperlicher und psychischer Störungen sowie die Wiedereingliederung in Beruf, Arbeit und soziale Beziehungen.

Daten und Fakten

Die stationäre medizinische Rehabilitation für Drogenkranke wird im Bremer Umland von zwei Trägern angeboten. Insgesamt halten sie 100 Betten vor:

Therapiehilfe Bremen gGmbH

- 20 Betten in der „Pyramide“ Oyten
- 20 Betten im Therapiehof Loxstedt/ Düring bei Bremerhaven

STEPS-SUCHTREHA Bremen gGmbH

- 60 Betten, Standort: Schwanewede

Speziell für Alkoholabhängige werden in Bremen von der Gesundheit Nord am Klinikum Bremen-Ost 20 stationäre und 10 teilstationäre Betten vor-

gehalten. Im Umland bieten weitere Kliniken eine stationäre medizinische Rehabilitation für Suchtkranke an (Bassum, Oldenburg). Am Klinikum Bremen Nord stehen 20 ambulante Rehabilitationsplätze für Menschen mit Spielsucht und Alkoholerkrankungen zur Verfügung.

Tabelle 25: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Sucht von Personen aus dem Land Bremen, in 2008²¹

| 2008 | Gesamt Land Bremen | Stationäre Entwöhnung | Ambulante Entwöhnung |
|---------------|--------------------|-----------------------|----------------------|
| Männer | 510 | 377 | 133 |
| Frauen | 167 | 124 | 43 |
| Gesamt | 677 | 501 | 176 |

Tabelle 26: Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Sucht im Land Bremen, in 2008²²

| 2008 | Gesamt Land Bremen | Stationäre Entwöhnung | Ambulante Entwöhnung |
|---------------|--------------------|-----------------------|----------------------|
| Männer | 204 | 81 | 123 |
| Frauen | 46 | 12 | 34 |
| Gesamt | 250 | 93 | 157 |

Aufgrund der begrenzten Platzzahl für eine medizinische Rehabilitation Sucht können nur ca. 20% der Personen die eine entsprechende Leistung in Anspruch nehmen, vor Ort versorgt werden.

Zukünftige Handlungsfelder

Bislang findet die stationäre medizinische Rehabilitation für alkoholkranke Patientinnen und Patienten überwiegend außerhalb von Bremen statt. Die wichtige Zielsetzung der Integration Suchtkranker in den Arbeitsmarkt innerhalb der medizinischen Rehabilitation wird durch gemeindeferne Behandlung sehr erschwert. Ebenso wird die Kombitherapie, d.h. der bedarfsorientierte Wechsel zwischen ambulanter, teil- und vollstationärer Behandlung nur unter wohnortnahmen Bedingungen möglich sein. Der Entschluss der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen aus dem Jahre 2006, den Bau einer neuen Rehaklinik zu unterstützen und gleichzeitig bestehende Angebote nur noch übergangsweise zu finanzieren, hat für das Land Bremen eine positive Perspektive für die Neugestaltung der medizinischen Rehabilitation Sucht ergeben. Zukünftig soll in einem neuen Sucht-Rehabilitationszentrum mit geplanten 80 voll- und 20 teilstationären Betten eine gemeindenähe substanzübergreifende Behandlung angeboten werden. Über Vereinbarungen sollen Beratungsstellen und Entgiftungsstationen in eine gemeindenähe Kooperation eingebunden werden.

Im Bereich der **Allgemeinpsychiatrie** nimmt die seit langer Zeit für Bremen von Seiten der unterschiedlichsten Fachebenen geforderte Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen (RPK) derzeit Konturen an. In nahezu allen anderen Bundesländern bestehen mittlerweile RPK's, die - so der aktuelle Trend - medizinische und berufliche Rehabilitation zusammengeführt haben. Im Land Bremen sind aktuell die Gesellschaft für ambulante psychiatrische Pflege (GAPSY) und das Berufsförderungswerk Friedehorst in Kooperation mit

²¹ Quelle: Deutsche Rentenversicherung (DRV), Statistik Band „Rehabilitation 2008“

²² Quelle: Deutsche Rentenversicherung (DRV), Statistik Band „Rehabilitation 2008“

dem KBO mit der Umsetzung eines mit den Rehabilitationsträgern abgestimmten Konzeptes befasst, das ebenfalls medizinische und berufliche Rehabilitationsformen unter einem organisatorischen Dach führen wird.

Kapitel

2

2. Ambulante Versorgung

2.1 Sozialpsychiatrischer Dienst und Krisendienst

Hintergrund

Die Sozialpsychiatrischen Dienste (SPsD) sind eine Errungenschaft der Psychiatrie-Reform, insbesondere für die Versorgung chronisch psychisch Kranker. Inzwischen halten viele Kommunen Sozialpsychiatrische Dienste vor, die niedrigschwellig Hilfen für Menschen mit psychischen Problemen und Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen eines gemeindenahen Ansatzes bieten. Als Leistungsangebot des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) stehen sie allen – Betroffenen, Angehörigen und Personen aus ihrem Umfeld - unentgeltlich zur Verfügung. Zielgruppe sind in der Regel Patienten mit schwereren psychischen und suchtbezogenen Erkrankungen, die keinen Zugang zu anderen Hilfen des Sozial- und Gesundheitssystems finden. Die Aufgaben des SPsD sind Pflichtaufgaben der Kommunen und im bremischen Landesgesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) geregelt. Sie umfassen ein breites Spektrum von Beratung von Hilfesuchenden, über ärztliche Sprechstunden, vorsorgende Hilfen zur Aufrechterhaltung der nötigen Behandlung bzw. Hilfen bei erneuten Erkrankungsschüben, Koordination der beteiligten Hilfeeinrichtungen, nachgehende Behandlung nach stationärer Behandlung zur Reintegration ins Alltagsleben und ggf. zur Überleitung in ambulante Weiterversorgung, aufsuchende Hilfen in Form von Hausbesuchen bis hin zur Erstellung von Gutachten zur Beurteilung des Hilfebedarfs nach dem SGB XII. Ziel des SPsD ist die (Wieder-) Eingliederung psychisch und suchtkranker Menschen in die Gemeinschaft. Die Kontakte zu den Klienten sind auf deren individuellen Hilfebedarf ausgerichtet, sie gestalten sich daher sehr unterschiedlich und können von einem einmaligen Kontakt bis hin zu jahrelanger Betreuung reichen.

In der Stadtgemeinde Bremen wurde im Jahr 1985 ein zentraler Krisendienst (KID) aufgebaut, der sowohl Aufgaben des SPsD außerhalb der regulären Arbeitszeit wahrnimmt und hierzu kommunal finanziert ist, als auch an sieben Tagen pro Woche und rund um die Uhr Menschen mit psychischen Krisen und Suchtpatienten (legaler und illegaler Bereich) im Rahmen des SGB V behandeln kann. Auch andere Städte und Regionen verfügen über solch einen Krisendienst, jedoch nicht immer mit einer 24-Stunden-Präsenz.

In der Stadtgemeinde Bremerhaven findet die Versorgung von Menschen in psychischen Krisen zu den normalen Arbeitszeiten, nämlich an fünf Tagen die Woche (Mo-Fr) beim SPsD am Gesundheitsamt statt; außerhalb dieser

Zeiten können sich Menschen in Krisensituationen an den diensthabenden Arzt der Klinik wenden.

Daten und Fakten

Im Jahr 2008 nahmen **5.526** Patienten in der **Stadtgemeinde Bremen** die Dienstleistungen der sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in Anspruch.

Tabelle 27: Anzahl Klienten sozialpsychiatrische Beratung am KBO/ KBN 2008; Status ÖGD²³²⁴

| 2008 | KBO | | | | | KBN BHZ Nord |
|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------|--------------------|
| | BHZ Ost | BHZ Süd | BHZ Mitte | BHZ West | Gesamt 2008 | |
| Sucht | 458 | 413 | 295 | 287 | 1.424 | |
| Psychiatrie | 659 | 922 | 907 | 778 | 3.121 | |
| Gesamt | 1.119 | 1.335 | 1.203 | 1.092 | 4.574 | 807 |

Zentraler Krisendienst (KID)

Der zentrale Krisendienst in der **Stadtgemeinde Bremen** führte im Jahr 2008 insgesamt 3.280 Beratungskontakte durch. Davon waren 2.124 Telefonkontakte, 1.149 Hausbesuche und 7 Beratungskontakte in der Beratungsstelle. Insgesamt wurden 555 Personen durch den Krisendienst in eine psychiatrische Einrichtung eingewiesen. Davon waren 281 Unterbringungen nach dem bremischen PsychKG.

Im Jahr 2008 fanden bei **2.596** psychisch kranken, geistig behinderten²⁵ und suchtkranken Klientinnen und Klienten Kontakte durch den Sozialpsychiatrischen Dienst der **Stadtgemeinde Bremerhaven** statt²⁶ (vgl. Jahresbericht 2008 Sozialpsychiatrischer Dienst/ Sozialmedizinischer Dienst für Psychiatrisch Kranke, Suchtkranke und geistig-mehrfach Behinderte, Gesundheitsamt Bremerhaven)

Zukünftige Handlungsfelder

Die Sozialpsychiatrischen Dienste im Land Bremen sind kommunal unterschiedlich organisiert und verortet und haben eine unterschiedliche Zusammensetzung der Klientengruppen. So ist der Sozialpsychiatrische Dienst in der Stadtgemeinde Bremerhaven Teil des Gesundheitsamtes Bremerhaven und nicht nur für den Kreis der psychisch kranken und suchtkranken Menschen zuständig, sondern auch für geistig und mehrfach behinderte Klientinnen und Klienten. Der Sozialpsychiatrische Dienst in der Stadtgemeinde Bremen ist integrativer Bestandteil der regionalen psychiatrischen

²³ Bei der Anzahl der Klientinnen und Klienten kann es vorkommen, dass Patienten in den BHZ doppelt gezählt werden, z.B. wenn Sie sowohl Leistungen im BHZ Ost als auch Leistungen im BHZ Süd in Anspruch genommen haben. In der Gesamtsumme wird jeder Patient jedoch nur einmal gezählt.

²⁴ Quelle: Jahresbericht 2008 Klinikum Bremen-Ost gGmbH Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und Jahresbericht 2008 Klinikum Bremen Nord

²⁵ Anders als in der Stadtgemeinde Bremen erfolgt in der Kommune Bremerhaven die Versorgung durch den SPSD zielgruppenübergreifend und schließt geistig behinderte Menschen ein.

²⁶ d.h., Zahl der Personen, bei denen Mitarbeiter des Dienstes mindestens einmal im Quartal im Sinne des PsychKG tätig wurden – unabhängig von der jeweiligen Aufgabenstellung, von der Zahl der Einsätze und vom jeweiligen Zeitaufwand.

Behandlungszentren der Klinika Ost und Nord und steht ausschließlich psychisch kranken und suchtkranken Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung. Die Gruppe der geistig und mehrfach behinderten Hilfesuchenden kann sich in der Stadtgemeinde Bremen an das Amt für Soziale Dienste wenden.

Die Unterschiede insbesondere in der Verortung der Sozialpsychiatrischen Dienste bringt in Teilbereichen voneinander abweichende Aufgabenzuschnitte mit sich. So ist der SPsD Bremen als Teil der regionalen BHZ in die Betreuungskontinuität der ambulanten sowie teil- und vollstationären Behandlung eingebunden. Dadurch begleiten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Dienstes ihre jeweiligen Klientinnen und Klienten auch im Falle einer stationären psychiatrischen Behandlung. Dieses ist allerdings in der Praxis unter anderem auf Grund größerer räumlicher Trennungen einzelner Behandlungsbereiche nicht immer zufriedenstellend umzusetzen.

Insofern sollten die Sozialpsychiatrischen Dienste der BHZ im Zusammenhang mit der vorgesehenen und weiter vorn bereits erläuterte Herauslösung der Gutachtenaufgaben zur Bemessung des Hilfebedarfs die Umorganisation der Arbeitsinhalte auch dazu nutzen, die Aufgaben der Betreuungskontinuität zu effektivieren und die ebenfalls weiter vorn beschriebene Intensivierung von Beratungs- und Betreuungsleistungen bei Klientinnen und Klienten im Anschluss an Maßnahmen des Betreuten Wohnens bzw. des Heimwohnens anzugehen.

Der Magistrat in Bremerhaven sollte verstärkt nach Möglichkeiten suchen, den Sozialpsychiatrischen Dienst Bremerhaven noch weitgehender mit der voll- und teilstationären Behandlung psychisch und suchtkranker Menschen am Klinikum Reinkenheide Bremerhaven im Sinne einer vertiefenden Kooperation zu verzahnen. Dieses trüge nicht nur zu mehr gegenseitigem Verständnis der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für den jeweils anderen Aufgabenbereich bei, sondern würde im Sinne der Patientinnen und Patienten zu einer stärkeren Betreuungskontinuität beitragen. Die derzeitige sowohl fachlich inhaltliche wie auch bauliche Umgestaltung der Arbeit und der Räumlichkeiten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Reinkenheide Bremerhaven bietet eine gute Gelegenheit für eine Überprüfung und Optimierung von Kooperationen.

Grundsätzlicher Handlungsbedarf zum zentralen Krisendienst in der Stadtgemeinde Bremen wird aktuell nicht gesehen. Der 24-Stunden erreichbare Krisendienst hat sich in der Stadtgemeinde Bremen bewährt und sollte auch nach einer im vergangenen Jahr abgeschlossenen hausinternen Überprüfung der Organisation des Dienstes nicht verändert werden. Die Notwendigkeit dieses kommunalen Dienstes in der Stadtgemeinde Bremen wurde in 2006 auch von der in Köln ansässigen Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) bestätigt.²⁷ Es wäre wünschenswert, wenn der Magistrat Bremerhaven ebenfalls die Möglichkeiten zur Einrichtung eines kommunalen 24-Stunden Krisendienstes für Bremerhaven schaffen könnte.

²⁷ FOGS-Abschlussbericht: Bewertung der Organisationsstrukturen des Sozialpsychiatrischen Dienstes und des Kriseninterventionsdienstes der regionalen psychiatrischen Behandlungszentren in der Stadtgemeinde Bremen. Köln 2006

2.2 Psychiatrische Institutsambulanzen

Hintergrund

Nach § 118 SGB V Absatz 1 sind psychiatrische Krankenhäuser bzw. psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von versicherten psychisch kranken Patientinnen und Patienten ermächtigt. Die ambulante Behandlung im Rahmen einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) soll auf Versicherte ausgerichtet sein, die auf Grund der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung bzw. wegen einer zu großen Entfernung zu geeigneten niedergelassenen Ärzten auf eine Krankenhausbehandlung angewiesen sind. Zur Umsetzung haben gemäß Absatz 2 des § 118 SGB V der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einem Vertrag unter anderem die Gruppe derjenigen Patientinnen und Patienten zu benennen, die gemäß der Regelungen in Absatz 1 für diese Behandlung in Frage kommen.

Dieser auf Basis des § 118 Absatz 2 SGB V abgeschlossene Vertrag wurde von der KBV gekündigt, nachdem sich zwischen den Vertragspartnern offenbar unüberbrückbare unterschiedliche Auffassungen über die Umsetzung abzeichneten Neuverhandlungen wurden eingeleitet. Die Gründe zur Kündigung bzw. der Unstimmigkeiten zwischen den Vertragspartnern beziehen sich im Kern auf die drei Punkte Zugangsbeschränkungen zur PIA Leistungsinhalte und Patientengruppe.

Mittlerweile einigten sich die Verhandlungspartner auf eine neue Vereinbarung, die am 30. April 2010 geschlossen wurde und zum 1. Juli 2010 in Kraft getreten ist. Die zentralen Neuerungen bestehen darin, dass es jetzt einen Vertragstext mit einer Anlage gibt, in der die Einschluss- und Ausschlusskriterien für eine PIA-Behandlung enthalten sind. Im Wesentlichen betrifft das die Indikationen (Positivkatalog von ICD-Diagnosen), die Kriterien für Schwere und die Dauer der Behandlung bei Erwachsenen und analoge Kriterien für Kinder und Jugendliche. Ausschlusskriterien werden nunmehr erstmals aufgeführt. Danach ist z.B. eine PIA-Behandlung nicht möglich, wenn bereits eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch einen Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeuten erfolgt und ein ausreichend stützendes soziales Netzwerk besteht oder wenn eine durch niedergelassene Fachärzte verordnete Soziotherapie erfolgt. Zudem sind eigeninitiativ vorgesehene PIA-Leistungen in Alten- und Pflegeheimen nicht zulässig.

Daten und Fakten

In der **Stadtgemeinde Bremen** verfügen die fünf Behandlungszentren West, Ost, Süd, Mitte und Nord jeweils über eine psychiatrische Institutsambulanz im Sektor.

Neben den BHZ verfügt auch das AMEOS Klinikum Dr. Heines über eine PIA, die sich auf drogenabhängige und Patienten mit Borderline-Störungen bezieht.

Tabelle 28: Tabelle Klientendaten PIA 2008²⁸

| Klinik | Zahl der behandelten Personen (2008) | Zahl der behandelten Fälle (Scheine) |
|---------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| KBO | 1.799 | 3.663 |
| KBN | 945 | 1.956 |
| AMEOS | k.A. | 1.047 |
| Gesamt | 2.744 | 5.619 |

In der **Stadtgemeinde Bremerhaven** existiert seit 2004 eine psychiatrische Institutsambulanz am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide.

Tabelle 29: Tabelle Klientendaten PIA 2008²⁹

| Klinik | Zahl der behandelten Personen (2008) | Zahl der behandelten Fälle (Schei- ne) |
|--------------|---|---|
| Reinkenheide | 128 (54 Männer, 74 Frauen) | 403 |

Zukünftige Handlungsfelder

Angesichts der in jüngster Zeit herrschenden Unklarheiten über eine Neugestaltung der bundesweit geltenden Vereinbarung über psychiatrische Institutsambulanzleistungen ist es zu begrüßen, dass es nunmehr zu einem Neuabschluss kam, der zudem differenziertere Aussagen über die Klientel wie auch über die Zusammenarbeit zwischen den PIA's und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten enthält. Insofern sollten zukünftig auf der Basis der neuen Vereinbarung die Träger der psychiatrischen Institutsambulanzen in Bremen gemeinsam mit den niedergelassenen Fachärzten intensive Formen der Zusammenarbeit verabreden und im Sinne „ambulant vor stationär“ insbesondere für den Kreis der chronisch psychisch kranken Patientinnen und Patienten gemeinsame Behandlungskonzepte entwickeln.

2.3 Niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten

Hintergrund

Die ambulante ärztliche Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen wird - neben den PIA - durch niedergelassene Ärzte verschiedener Fachrichtungen und Psychotherapeuten erbracht.

Die Versorgungsdichte mit Nervenärzten bzw. Ärzten verschiedener Fachrichtungen ist und war im Land Bremen hoch. Die Zahl der Nervenärzte hat sich im Verlaufe der letzten 30 Jahre im Land Bremen mehr als verdreifacht (Anzahl der Nervenärzte bzw. Ärzte für Neurologie und Psychiatrie 1980: ca. 30, Anzahl der Nervenärzte 2010: 101). Auch diese Zahlen verdeutlichen die Entwicklung von einer überwiegend verwahrenden (1980)

²⁸ Quelle: Jahresbericht 2008 Klinikum Bremen-Ost gGmbH Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und Jahresbericht 2008 Klinikum Bremen Nord

²⁹ Quelle: Jahresbericht 2008 Klinikum Bremerhaven Reinkenheide

hin zu behandelnden und betreuenden Formen der Hilfen und Angebote für psychisch kranke Bürgerinnen und Bürger mit einem sich mehr und mehr verlagernden Schwerpunkt weg von der überwiegend stationären hin zu teilstationären und ambulanten Angeboten mit aufsuchendem Charakter, gemeindenah und patientenzentriert.

Daten und Fakten

An der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung im Land Bremen sind derzeit 448 Hausärzte (Allgemeinmediziner, Internisten und Ärzte ohne Gebiet), 76 Nervenärzte³⁰, 153 Fachärzte, die Psychotherapie durchführen³¹ sowie 260 psychologische Psychotherapeuten³² beteiligt.

Die nachfolgende Darstellung zeigt die quantitative Verteilung dieser Fachärzte bzw. Psychologen im Land Bremen:

Tabelle 30: Anzahl und Versorgungsquote der Nervenärzte, der Fachärzte, die Psychotherapie durchführen und der Psychologischen Psychotherapeuten im Land Bremen³³

| | Land Bremen | Stadt Bremen | Bremerhaven |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Einwohner | 663.979 | 547.934 | 116.045 |
| Nervenärzte | 76 | 64 | 12 |
| Einwohner je Nervenarzt | 8.737 | 8.561 | 9.670 |
| Fachärzte, die Psychotherapie durchführen | 153 | 136 | 17 |
| Einwohner je Facharzt, der Psychotherapie durchführt | 4.340 | 4.029 | 6.826 |
| Psychologische Psychotherapeuten | 260 | 228 | 32 |
| Einwohner je Psychologischer Psychotherapeut | 2.554 | 2.403 | 3.626 |

Zukünftige Handlungsfelder

Welchen Beitrag die niedergelassene Ärzte- und Psychotherapeutenschaft zur Versorgung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen leistet, ist auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht zu beurteilen. Es ist aber davon auszugehen, dass sowohl Haus- als auch Fachärzte für Psychiatrie häufig den zeitlich früheren Kontakt zu Patienten haben als z.B. der Krankenhausbereich. Insofern kommt ihnen in der Erstdiagnostik und in der Funktion als Gate-Keeper erhebliche Bedeutung zu. Ein wichtiges Thema der zukünftigen Versorgungsgestaltung wird daher die sektorenübergreifende Entwicklung von Leitlinien und Behandlungsstandards sein.

Darüber hinaus wäre es wünschenswert, wenn die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte sowie die niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sich mehr als bisher für den Kreis der schwerer gestörten psychisch kranken Patientinnen und Patienten öffneten und mehr

³⁰ Hiermit sind umfasst: Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Nervenheilkunde

³¹ Hiermit sind umfasst: Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin; Fachärzte für Psychosomatatische Medizin; Fachärzte, die Psychotherapie durchführen - ohne diejenigen, die nur Kinder und Jugendliche behandeln.

³² Stand bei Hausärzten: 2008. Stand bei allen anderen Gruppen: 2010.

³³ Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Stand: 01.7.2010; Berechnungen der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Bereitschaft zu einer vertiefenden Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Institutsambulanzen und – im Kontext der Entlassungsplanung und Anschlussversorgung – auch mit den stationären Behandlungseinheiten zeigten. Aber nicht nur zwischen den Institutionen und professionellen Kräften sollte Austausch im Sinne einer umfassenden personenzentrierten und sektorübergreifenden Versorgung verstärkt werden. Auch eine weitergehende Einbeziehung der Angehörigen und komplementärer Angebote in die Behandlungsplanung der Niedergelassenen wäre ein großer Schritt in Richtung einer gemeindenahen vorrangig ambulanten Versorgung. Gefordert sind an dieser Stelle nicht zuletzt die Krankenkassenverbände und die Standesvertretungen der Ärzteschaft und der Psychotherapeuten, ein entsprechendes Setting mitzustalten.

2.4 Ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie

Hintergrund

Bis vor einigen Jahren konnten akut schwer psychisch erkrankte Menschen, denen die Selbstversorgung oder Versorgung durch Angehörige nicht mehr möglich war, nur im Rahmen einer Klinikeinweisung behandelt werden. In den letzten Jahren haben sich mit der Soziotherapie (nach §37a SGB V – seit 2001) und der Ambulanten psychiatrischen Pflege (APP, §37 SGB V – seit 2005), einer Erweiterung der häuslichen Krankenpflege auf psychische und Suchterkrankungen, ambulante gemeindenahen Versorgungsformen entwickelt. Diese Versorgungsformen richten sich insbesondere an schwer und mehrfach psychisch erkrankte Patienten, die über längere Zeit begleitend neben der ärztlichen Behandlung oder aber nach der Krankenhausentlassung Unterstützung benötigen. Bei Bedarf können auch beide Leistungen gleichzeitig verordnet werden, Soziotherapie kann allerdings nur durch einen Facharzt mit entsprechender Zulassung verordnet werden. Ärzte, die einen Antrag stellen, Soziotherapie verordnen zu dürfen, müssen sich zur Kooperation in einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder vergleichbaren Versorgungsstrukturen bereit erklären.

Neben APP und Soziotherapie gibt es seit 2004 für psychisch kranke Menschen, die tagsüber APP oder Soziotherapie in Anspruch nehmen, aber keine Rund-um-die-Uhr-Versorgung, sondern insbesondere in der Nacht Schutz und Präsenz benötigen, mit dem Konzept „Integrierte Versorgung Rückzugsräume“ eine weitere Möglichkeit, um Klinikeinweisungen zu vermeiden bzw. in ihrer Dauer zu reduzieren. An zwei Standorten in der Stadtgemeinde Bremen, nämlich im Bremer Westen und in Bremen-Nord, stehen Rückzugshäuser zur Verfügung. Sie stellen bundesweit ein innovatives Angebot im Zwischenbereich zwischen stationärer und wohnortnaher ambulanter Versorgung dar, das in bestimmten Krankheitsphasen eine individuell passgenauere Versorgungsform für viele Patienten sein kann.

Daten und Fakten

Die ambulante psychiatrische Pflege und die Soziotherapie ist im Land Bremen im bundesweiten Vergleich umfassend ausgebaut.

In der Stadtgemeinde Bremen ermöglichen vier Träger Versorgungsleistungen in Form von APP und Soziotherapie (Gesellschaft für Ambulante Psy-

chiatrische Dienste GmbH – GAPSY, AMEOS Pflege Bremen, Arbeiter-Samariter-Bund, ADP Ambulante Dienste Perspektive Bremen gGmbH). In der Stadtgemeinde Bremerhaven ist ein Träger bekannt, der diese ambulanten sozialpsychiatrischen Leistungen erbringt (Ambulante Dienste Perspektive gGmbH).

Über die Möglichkeit, Soziotherapie verordnen zu können, verfügen im Land Bremen 47 Ärztinnen und Ärzte (Bremerhaven: 10, Bremen: 37) (Quelle: KV Bremen, Stand April 2010).

2009 erhielten im **Stadtgebiet Bremen** insgesamt 242 Patientinnen und Patienten Leistungen in Form von Soziotherapie und 453 Patienten Ambulante Psychiatrische Pflege. In der **Stadtgemeinde Bremerhaven** lag die Zahl der versorgten Patientinnen und Patienten (2009) mit Soziotherapie bei 71 und mit APP bei 316.

Die Verteilung der behandelten Patienten auf die unterschiedlichen Einrichtungen, Schwerpunkte und Stadtgebiete stellt sich wie folgt dar:

Tabelle 31: Anzahl Patienten mit APP/Soziotherapie für 2008/09 Bremen Stadt³⁴

| Träger | 2008 | | 2009 | |
|--|------|---------------|------|---------------|
| | APP | Soziotherapie | APP | Soziotherapie |
| Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste e.V. (GAPSY) ³⁵ | 170 | 181 | 225 | 160 |
| AMEOS Pro Care GmbH | 159 | 10 | 176 | 12 |
| ASB Gesellschaft Sozialpsychiatrische Hilfen | 61 | 11 | 52 | 14 |
| ADP Ambulante Dienste Perspektive Bremen | - | 50 | - | 56 |

Tabelle 32: Anzahl Patienten mit APP/Soziotherapie für 2008/09 Bremerhaven Stadt³⁶

| Träger | 2008 | | 2009 | |
|-------------------------------------|------|---------------|------|---------------|
| | APP* | Soziotherapie | APP* | Soziotherapie |
| ADP – Ambulante Dienste Perspektive | 128 | 70 | 316 | 71 |

*Klienten mit mindestens einem eingetragenen Versorgungszeitraum in der Gruppe „APP Bremerhaven“.

So wünschenswert die Ausdifferenzierung der unterschiedlichen ambulanten Angebote auch sein mag, so sehr erfordert sie, um aus Patientensicht die bedarfsgerechte Hilfe tatsächlich zu ermöglichen, eine kluge Steuerung der individuellen Hilfen einerseits und der organisierten Kooperation der unterschiedlichen Leistungserbringer andererseits. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Konkurrenz der Anbieter, verstärkt durch eine Intransparenz des Gesamtsystems, zu einer zufälligen bzw. marketing-gesteuerten Zuordnung von Patienten zu den jeweiligen Leistungsangeboten führt.

³⁴ Quelle: Information von den Trägern der APP und Soziotherapie in der Stadt Bremen

³⁵ Bei den Angaben der GAPSY handelt es sich um Fälle. Der Fall – bezeichnet einen Behandlungsfall. Dieser kann durchaus mehrmals im Jahr durch die GAPSY versorgt worden sein durch mehrere Behandlungs-Verordnungen nach SGB V.

³⁶ Quelle: Information von dem Träger der APP und Soziotherapie in der Stadt Bremerhaven

Zukünftige Handlungsfelder

Die Inanspruchnahme sowie die Zahl der Anbieter beitragsfinanzierter soziotherapeutischer Leistungen ist in Bremen im Bundesvergleich, zu dem eine Erhebung der AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden vorliegt, hoch und ist nach Auffassung der hiesigen Krankenkassen und Leistungsanbieter bzw. Verordner der Leistungen bedarfsdeckend. Insofern sollten zukünftig die Anbieter soziotherapeutischer Leistungen verstärkt auf eine intensivere Kooperation untereinander und Abstimmung mit dem Gesamtversorgungssystem psychiatrischer Hilfen bedacht sein.

Bezüglich der Leistungen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) als sinnvolles Angebot zur Vermeidung bzw. Verkürzung von Maßnahmen des Betreuten Wohnens und von stationärer Krankenhausbehandlung müsste verstärkt an einer intensiven und vertraglich geregelten Zusammenarbeit mit den jeweils regionalen Anbietern beispielsweise von Krankenhausleistungen gearbeitet werden. Eine Einbeziehung von APP-Leistungen im Rahmen der Entwicklung regionaler Budgets sollte vorangebracht werden.

Zudem wäre es ggf. sinnvoll, zwischen der APP und weiterführenden Hilfen wie ambulantes und stationäres betreutes Wohnen oder klinischer teil- bzw. vollstationärer Behandlung Beratungsangebote weiter zu entwickeln, die mindestens in Einzelfällen einen Verleib in gewohnten Lebenszusammenhängen gewährleisten könnten. Inwieweit die BHZ mit ihren sozialpsychiatrischen Beratungsstellen diese Hilfeform ausbauen können, sollte beraten werden.

2.5 Selbsthilfe

Neben den professionellen Angeboten der Suchtkrankenhilfe und der allgemeinpsychiatrischen Versorgung existiert in Bremen wie auch in Bremerhaven ein umfangreiches und weit verzweigtes Angebot an Selbsthilfegruppen sowohl für psychisch kranke Menschen als auch für Drogen-, Alkohol- und Medikamentenabhängige und deren Angehörige. Die Selbsthilfe ist heute im Land Bremen ein fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung, die es den Betroffenen ermöglicht, ihre Erfahrungen und Informationen zu ihren Erkrankungen weiterzugeben und auszutauschen.

Die als Trialog bezeichnete Zusammenarbeit zwischen Angehörigen, Patienten und Professionellen wird zukünftig ebenso weiter an Bedeutung gewinnen wie die Einbindung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen in die konkrete Weiterentwicklung der Versorgungselemente. Die systematische Nutzung beispielsweise von Patientenbefragungen ist ausbaufähig und Umsetzungsmöglichkeiten sollten geprüft werden.

2.6 Suchtberatungsstellen

Hintergrund

Suchtberatungsstellen sind für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen zentrale Einrichtungen des Erstkontaktes, der Hilfe-Vermittlung und längerfristiger Suchtbegleitung. Die Suchtberatungsstellen in Deutschland haben keine einheitliche Struktur, doch geht in den letzten Jahren die Tendenz

hin zu „integrierten Beratungsstellen“, in denen substanzübergreifend gearbeitet wird.

Daten und Fakten

In der Stadtgemeinde Bremen besteht aufgrund gewachsener Strukturen weiterhin die Differenzierung nach legalen und illegalen Suchtmitteln. Die Suchtberatungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige sind in den regionalen psychiatrischen Behandlungszentren integriert; sie stellen einen Aufgabenbereich der SPsD und der Psychiatrischen Institutsambulanzen dar. Das Konzept der durchgängigen Betreuung unabhängig von der Art der Hilfen – (teil-) stationärer Aufenthalt, ambulante Behandlung, Beratung - hilft bei dieser zum Teil schwierigen Patientengruppe, Betreuungs- und Behandlungsabbrüche zu vermeiden.

Für die Gruppe der Abhängigen von illegalen Drogen stehen in Bremen zwei Drogenhilfzentren und ein Grundversorgungszentrum in freier Trägerschaft zur Verfügung. Ergänzende Methadonprogramme mit integrierten substitutionsbegleitenden Hilfen wurden organisatorisch der Grundversorgung zugeordnet.

In der Stadtgemeinde Bremerhaven wird mit der Suchtberatungsstelle der AWO das Konzept einer integrierten Suchtberatungsstelle verfolgt, die Beratung und Behandlung sowohl für Alkohol- und Medikamentenabhängige als auch für pathologische Spielsüchtige und für Abhängige von illegalen Drogen anbietet.

Die vier Drogenberatungsstellen im Land³⁷ erreichten in 2008 insgesamt ca. 5.500 Männer & Frauen, 3.000 drogenabhängige Männer & Frauen, und 2.500 alkohol- und medikamentenabhängige und spielsüchtige Männer & Frauen. In Bremen wie auch bundesweit spiegelt sich in den Statistiken die bessere Erreichbarkeit drogenkranker im Vergleich zur Erreichbarkeit alkoholkranker Personen wider. (vgl. Steuerungsstelle Psychiatrie/Drogenhilfe Berichterstattung 2008).

Zukünftige Handlungsfelder

Vor dem Hintergrund der historisch in den beiden Stadtgemeinden unterschiedlich gewachsenen Strukturen wäre es wünschenswert, wenn die Beratungsangebote insbesondere unter Qualitätssicherungsaspekten weitgehende Vergleiche der Leistungsinhalte ermöglichen. Zudem wäre es ebenfalls unter Qualitätsaspekten sinnvoll, wenn die Behandlungszentren in der Stadtgemeinde Bremen untereinander ihre Suchtberatungsangebote umfassend miteinander abstimmen. Die Träger der Beratungsstellen im Drogenhilfesystem sollten stärker in die Abstimmung einbezogen werden, um möglichst landesweit zu vergleichbaren Standards zu gelangen.

³⁷ Zwei Einrichtungen der Ambulanten Drogenhilfe Bremen sowie Comeback im Tivoli-Hochhaus in Bremen, AWO-Suchtberatungsstelle in Bremerhaven

2.7 Überlebenshilfe und Schadensminimierung

Hintergrund

Bei einem Teil der schwer und langzeitig Abhängigen stehen Hilfen zum Überleben und zur so genannten Schadensminimierung („harm reduction“) im Vordergrund. Schadensminimierung bezieht sich einerseits auf den Erhalt elementarer Gesundheitsbedürfnisse, die Reduzierung von suchtmittelbedingten Todesfällen, Wohnungslosigkeit und soziale Verwahrlosung, andererseits auf die Folgen des Drogenkonsums für die Öffentlichkeit wie z.B. Beschaffungskriminalität oder Prostitution. Zu Maßnahmen dieser Art gehören medizinische Grundversorgung, Spritzenaustauschprogramme, Safer-Use-Aufklärung, beaufsichtigte Drogenkonsumräume, Notunterkünfte etc. Es sind vor allem die beiden Drogen-Kontaktstellen in Bremen und Bremerhaven, die niedrigschwellige Hilfen im Sinne von „harm reduction“ anbieten. Darüber hinaus haben sich solche Angebote im Rahmen der Wohngeslosen- und Straffälligenhilfe in Bremen und Bremerhaven entwickelt.

Daten und Fakten

In Bremen ist mit dem Kontakt- und Beratungszentrum „Tivoli“ ein umfassendes Angebot für Drogenabhängige geschaffen worden, das Überlebenshilfen und Hilfen zur Schadensminimierung einschließt: Hier werden warme Mahlzeiten, medizinische Ambulanz, Duschen, Kleiderkammer, Spritzenaustausch, Vermittlung in Entgiftungsbehandlung und in Notunterkünfte sowie substitutionsbegleitende Hilfen angeboten.

Mit diesen Hilfen wurden im „Tivoli“ in 2008 ca. 1.100 Personen erreicht (vgl. Steuerungsstelle Psychiatrie/Drogenhilfe Berichterstattung 2008).

Neben den beiden Notunterkünften für Drogenabhängige mit 55 Plätzen, die von 222 Fällen (14% Frauen) im Jahr 2008 belegt wurden sind das „Jakobushaus“ für suchtkranke obdach- und wohnungslose Personen, das Isenbergheim und das Adelenstift für wohnungslose, chronisch mehrfach beeinträchtigte suchtkranke Personen mit 95 Plätzen, in Bremen-Stadt den Überlebenshilfen zuzurechnen.

In Bremerhaven sind das „Jump in“ (mit Cafe, warmer Mahlzeit, Spritzenaustausch) und eine zielgruppenübergreifende Wohneinrichtung (Wohngeslosenhilfe) hier einzuordnen.

Zukünftige Handlungsfelder

Viele suchtkranke Menschen (60-70% der Bewohner) befinden sich in niedrigschwelligeren Einrichtungen der Wohnungshilfe und Straffälligenhilfe. Mit diesen Bereichen gibt es von Seiten der Suchtkrankenhilfe eine noch ausbaufähige Kooperation, die in den nächsten Jahren weiterzuentwickeln ist, um die Versorgung von Personen mit multiplen Störungen (Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitserkrankte (CMA)) zu verbessern. Es ist oft zufällig, in welche Hilfeleistung ein Alkoholkranker im komplementären Bereich vermittelt wird, d.h. ob er Eingliederungshilfeleistungen nach Kapitel 6 des SGB XII oder Leistungen zur Überwindung besonderer Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten nach Kapitel 8 SGB XII erhält

oder aber ob er in stationäre Hilfen mit integrierter Hilfe zum Leben (§19/§35 SGB XII) vermittelt wird. An der Schnittstelle zwischen Wohnungslosenhilfe und Suchtkrankenhilfe ist in den nächsten Jahren die Begutachtung und Steuerung zu verbessern. Bei suchtkranken Personen sollte grundsätzlich eine fachliche Eingangsbegutachtung erfolgen.

Für die Gruppe der schwer drogenabhängigen Personen mit multiplen Störungen, so genannte chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitserkrankte (CMA), besteht in der Zukunft Bedarf einer intensivierten stationären Versorgung. Diese Gruppe trägt hohe Risiken für Gesundheit und Leben und fällt weitgehend durch das etablierte Netz der sozialen und gesundheitlichen Sicherung.

Die stationäre Versorgung für suchtkranke Personen ist entsprechend der Bedarfe umzubauen, d.h. neben einem auf Ausstieg orientierten Angebot ist eine niedrigschwellige auf Status-Quo Sicherung orientierte Hilfe (Dauerbeheimatung) mit der jeweils notwendigen qualitativen und quantitativen Ausstattung zu organisieren. Angrenzende Hilfesysteme (Wohnungshilfe und Straffälligenhilfe) sind in den Umbau mit einzubeziehen.

2.8 Substitutionsbehandlungen

Hintergrund

Substitution meint die Verordnung von legalen, weniger gesundheitsschädlichen Ersatzstoffen (i.d.R. Methadon) anstelle des unkontrollierten Konsums illegaler Drogen. Der Zweck von Substitutionsprogrammen ist die gesundheitliche und soziale Stabilisierung schwer Opiatabhängiger, um mittel- und langfristig die Ziele ‚harm reduction‘ und/oder Entwöhnung von der Abhängigkeit (Abstinenz) realistisch verfolgen zu können.

Substitution darf grundsätzlich nur von dafür zugelassenen Ärzten nach bundesweit festgelegten, eng gefassten Regeln durchgeführt werden und die teilnehmenden Patienten müssen dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung gemeldet werden. Obwohl die Substitutionsbehandlungen sowohl von ihrem Sinn als auch von den gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien her integrativ zu erbringende Leistungen (medizinische und substitutionsbegleitende Hilfen) sein sollten, finden sie vorwiegend getrennt statt. Die substitutionsbegleitende Psychotherapie hat praktisch überhaupt keine Bedeutung! Substitutionsbegleitende Hilfen werden im Drogenhilfesystem (u.a. in Beratungsstellen und im Betreuten Wohnen) durchgeführt bzw. angeboten.

Im Rahmen der Qualitätssicherungskommission nach § 9 (3) der "Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" (BUB-Richtlinien) werden pro Quartal regelmäßig Kontrollen (2% Stichprobe) über die vertragsärztliche Substitution und das Vorliegen der Voraussetzungen durchgeführt. Die Kommission besteht aus Vertretern der Ärzteschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und der Krankenkassen.

Weiterhin sind von der Ärztekammer Mindestanforderungen an eine suchttherapeutische Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte nach § 5 Abs. 2 Nr. 6

der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BTMVV) festgelegt. Eine Kontrolle, dass nur Ärztinnen und Ärzte mit einer suchttherapeutischen Qualifikation Substitutionsbehandlungen durchführen, erfolgt über einen gesetzlich vorgesehenen Datenabgleich nach § 5a der BTMVV über das Substitutionsregister.

Daten und Fakten

Der größte Teil der Substitutions-Patienten wird in Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte substituiert. In Bremen-Stadt sind dabei hausärztliche Praxen die Regel und psychiatrische Praxen eher die Ausnahme, in Bremerhaven sind die beiden substituierenden Praxen psychiatrische Facharztpraxen; ob die Leistung Substitution in einer haus- oder einer fachärztlichen Praxis angeboten wird, hängt mit dem persönlichen fachlichen Interesse eines Arztes zusammen, der sich dafür qualifizieren muss. In beiden Stadtgemeinden haben sich so genannte Schwerpunktpraxen entwickelt, in denen zwischen 50 und 250 Patienten substituiert werden. In Übereinstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung und der Qualitätssicherungskommission nach §9 (3) der BUB-Richtlinien³⁸ wird die Bildung von Schwerpunktpraxen im Sinne einer Spezialisierung und einer damit verbundenen Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Drogenhilfebereich für sinnvoll gehalten.

Im Land Bremen befanden sich im Jahr 2008 insgesamt 1.779 Patienten, davon 1.513 in Bremen-Stadt und 266 in Bremerhaven, in einer Substitutionsbehandlung. Davon wurden in der Justizvollzugsanstalt 147 Insassen substituiert. Nach Angaben im Substitutionsregister substituieren 72 Ärzte, davon neun in Bremerhaven und ein Arzt in der Justizvollzugsanstalt.

Für besondere Zielgruppen bestehen allerdings in Bremen zwei „ergänzende Methadonprogramme“ für Frauen und für langjährig Abhängige mit besonderer sozialen Problematik („Altfixer“), in denen die medizinischen und begleitenden Hilfen integriert erbracht werden. Weiter gibt es die Überbrückungssubstitution, in der Patienten zwischen stationärem Krankenhausaufenthalt und Behandlungsplatz beim niedergelassenen Arzt substituiert werden. Diese Programme erreichten 2008 245 Patientinnen und Patienten.

Mit dem „Bremischen Handlungskonzept Kindeswohlsicherung und Prävention – Kinder Schützen – Eltern unterstützen“ wurde für drogenabhängige Schwangere und Mütter das Projekt „EMP+“ entwickelt und gefördert.

Zukünftige Handlungsfelder

In Zusammenhang mit der organisatorischen und weiteren räumlichen Zusammenführung der bisher eigenständigen Substitutionsprojekte (EMP Frauen, EMP Altfixer und Überbrückungssubstitution) mit dem Kontakt- und Beratungszentrum soll bis Ende des Jahres 2010 eine konzeptionelle Überprüfung und Konkretisierung der aus kommunalen Mitteln (ko-)finanzierten „Ergänzenden Methadonprogramme“ erfolgen. In der Zielset-

³⁸ Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, §135, Abs.1 SGB V

zung wird es um die Regelung von Aufnahme, Verweildauer und Entlassung (Rücküberweisung an niedergelassenen Substitutionsarzt) gehen. Eine verbindliche Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten und eine mögliche Einbeziehung in die „Vereinbarung über die ambulante suchtmedizinische Versorgung und Substitutionsbehandlung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung Bremen und Krankenkassen“ werden dabei angestrebt. Diese Vereinbarung sieht vor, in einem dreistufigen Konzept die Qualität der Diagnostik und Behandlung zu verbessern. Von einer „Basisversorgung“ folgen auf der „zweiten Versorgungsebene“ höhere Qualitätsanforderungen an den behandelnden Arzt und an die Behandlung selbst (z.B. Patientenschulung und Betreuung durch suchtmedizinisch ausgebildete Assistentin). Die dritte Stufe beinhaltet einen Facharzt für Psychotherapie und Psychiatrie, das Angebot einer ambulanten Entgiftung und weitere Schulungsangebote für Patienten.

2.9 Diamorphinbehandlung

Hintergrund

Das Ergebnis des Modellversuchs, wie auch verschiedene europäische Erfahrungen machen deutlich, dass sich die Diamorphinbehandlung für eine kleine Gruppe der Schwerstabhängigen als ultima ratio nach gescheiterten Therapieversuchen eignet. Bei der differenzierten Angebotsstruktur der Substitutionspraxen und des Bremer Drogenhilfesystems wäre die diamorphingestützte Behandlung integrierbar und für einen Teil der Drogenabhängigen eine sinnvolle Behandlungsform.

Zukünftige Handlungsfelder

Die Einführung und Durchführung der Diamorphinbehandlung ist eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen. Die Rahmenbedingungen (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und Finanzierung (Er-gänzung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)) befinden sich in der Entwicklung.

2.10 Ambulante medizinische Rehabilitation

Hintergrund

Die ambulante medizinische Rehabilitation ist in Bremen in den regionalen Behandlungszentren und in Bremerhaven in der Suchtberatungsstelle integriert. Der Anbieter Ge.on-Team, der seinen Schwerpunkt in der Betrieblichen Sozial- und Gesundheitsberatung hat, führt den größten Teil ambulanter Rehabilitationen durch. Im Drogenhilfebereich bieten die Träger der stationären Einrichtungen ambulante medizinische Rehabilitation an. Die Drogenhilfzentren in Bremen streben die Anerkennung als Träger der ambulanten Rehabilitation durch den Deutschen Rentenversicherungsträger (DRV) an.

Daten und Fakten

In der Beratungsstelle Mitte am Gesundheitsamt Bremen wird die ambulante Rehabilitation für den legalen Bereich speziell für die Regionen Mitte,

Süd und West vorgehalten. Für den Sektor Ost ist die Beratungsstelle Ost (Osterholzer Straße) federführend. Für die Region Bremen-Nord steht am Teil-Standort des BHZ Nord im Aumunder Heerweg ein Angebot zur Entwöhnung zur Verfügung. Aufgrund personeller und struktureller Ressourcenknappheit können in den Regionen Süd und West keine eigenen Angebote vorgehalten werden.

In der **Stadtgemeinde Bremerhaven** bietet ein einzelner Träger – die Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Bremerhaven e.V. mit dem Suchtberatungszentrum in der Wurster Straße – Versorgungsangebote in Form von ambulanter Rehabilitation bei Abhängigkeit von legalen Substanzen an.

Was den Drogenhilfebereich betrifft, so wird ambulante medizinische Rehabilitation in der **Stadtgemeinde Bremen** von den Trägern der stationären Einrichtungen der STEPS-Suchtreha Bremen gGmbH und der Therapiehilfe Bremen gGmbH angeboten.

Zukünftige Handlungsfelder

Ausgehend von einem zusätzlichen Bedarf für ambulante therapeutische Angebote für Drogenabhängige in Bremen wird eine enge Anbindung dieses Angebots an die Drogenhilfzentren fachlich unterstützt. Entwicklungspotenziale bestehen bei ambulanten Behandlungsangeboten für Cannabisabhängige und Kokainabhängige, einem ambulanten therapeutischen Angebot für substituierte Drogenabhängige und durch die Öffnung für Versicherte der DRV Bund.

Da angesichts der Lebenssituation der meisten Drogenabhängigen die Zahl der Klienten, die für eine ambulante Entwöhnungsbehandlung in Betracht kommen, begrenzt ist, wird eine enge Kooperation aller Bremer Anbieter von ambulanter Entwöhnung für notwendig erachtet.

Kapitel

3

3. Komplementäre Versorgungsangebote

Hintergrund

Komplementäre Hilfen umfassen alle Angebote im Bereich von Wohnen, Arbeiten, Tagesstrukturierung, Alltags- und Lebensfeldgestaltung im Wohnumfeld und außerhalb von medizinischer Behandlung und Klinikversorgung. Sie wurden im Land Bremen seit den 80er Jahren konsequent und kontinuierlich auf- und ausgebaut und beziehen sich auf nahezu sämtliche Lebensbereiche. Das Sozialgesetzbuch XII, primäre gesetzliche Grundlage für die komplementären Hilfen, subsumiert die komplementären Leistungen unter dem Begriff der Eingliederungshilfe. Die Leistungen sind steuerfinanziert.

Zu den Maßnahmen der Eingliederungshilfe für psychisch und suchtkranke Menschen in Bremen und Bremerhaven zählen stationäre Hilfen (Wohnheime, Übergangswohnheime), das Betreute Wohnen, Tagesstätten mit niedrigschwelligem Zugang sowie Arbeits- und Beschäftigungsangebote zur beruflichen Rehabilitation, die schwerpunktmäßig in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und in Integrationsfirmen bzw. Integrationsprojekten realisiert werden.

Eine umfassende Darstellung der Angebotspalette und der Inanspruchnahme dieser Leistungen enthalten die kommunalen Psychiatriepläne der Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven.

Die komplementären Hilfen haben sich im Land Bremen seit 1980 kontinuierlich weiterentwickelt. Insbesondere die Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege wurden in diesem Bereich subsidiär tätig und gestalteten mit viel Engagement und Kreativität Angebote in allen genannten komplementären Segmenten.

Wie die nachfolgende Graphik deutlich macht, folgte Bremen der erklärten Zielsetzung der Psychiatriereform, Krankenhausbetten abzubauen (siehe Abbildung 2) und im komplementären Bereich schwerpunktmäßig eine ambulante Betreuung (Betreutes Wohnen) gegenüber einer stationären Betreuung (Wohnheim) zu fördern.

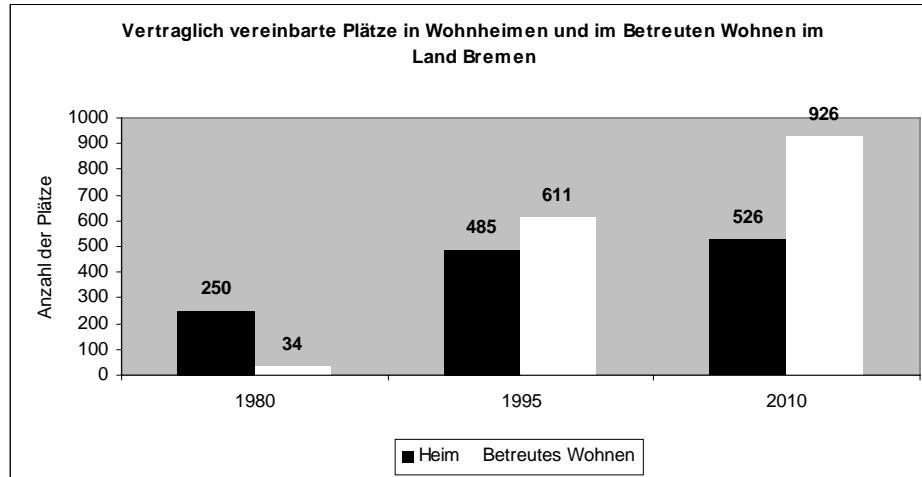


Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl der vertraglich vereinbarten Plätze³⁹ in Wohnheimen und im Betreuten Wohnen für die Jahre 1980, 1995 und 2010 im Land Bremen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen⁴⁰

3.1 Allgemeinpsychiatrische Versorgung (ohne Suchtbereich)

3.1.1 Stationäre Wohnformen (Wohnheime)

Daten und Fakten

In den vier städtischen Regionen Mitte, Süd, Ost und Nord der **Stadtgemeinde Bremen** betreiben fünf unterschiedliche Träger⁴¹ 6 Wohnheime für chronisch psychisch kranke Menschen mit insgesamt 210 Plätzen. Die Region West verfügt über ein gerontopsychiatrisches Wohnheim mit 18 Plätzen sowie ein spezielles Angebot, nämlich ein Wohnhaus für Intensiv Betreutes Wohnen⁴² mit 18 Plätzen für psychisch erkrankte Menschen, die bereits langjährige Psychiatrieaufenthalte und verschiedene betreute Wohnformen erlebt haben. Seit 2007 werden die Kosten im stationären und ambulanten Bereich nach einer Quotierung (ca. 20 zu 80) zwischen dem überörtlichen (Land) und örtlichen (Kommune) Kostenträger aufgeteilt.

Die Wohnheime im Land Bremen sind weitgehend belegt. Die Heimplätze wurden in den letzten Jahren gemäß der psychiatriepolitischen Orientierung auf den gemeindenahen und ambulanten Bereich nicht weiter ausgebaut. Die Entwicklung der letzten Jahre – dokumentiert in Abbildung 3 – zeigt jedoch, dass psychisch kranke Menschen aus Bremen zunehmend in Heime

³⁹ Vertraglich vereinbarte Plätze können als Indikator für den Ausbaustatus des Versorgungssystems herangezogen werden, sie geben aber keine Auskunft über die tatsächliche Belegung. Beim Betreuten Wohnen dient die vertraglich festgelegte Platzzahl zur Bestimmung des Entgelts und damit zur Belegungsorientierung. Die Belegungssituation bildet sich ab in der Zahl der durchschnittlich belegten Plätze in Bremer Kostenträgerschaft. Sie weicht in der Regel von der Zahl der vertraglich vereinbarten Plätze ab, weil Plätze in Bremen durch auswärtige Kostenträger belegt sind oder Bremen auswärtige Plätze belegt.

⁴⁰ Quelle: Psychiatriebericht Bremen 1995, Psychiatriebericht Bremerhaven 1997, Suchtkrankenhilfeplan Bremen 1996, Entgelddatei SGB XII SAFGJS 2009

⁴¹ Träger- Eingliederungshilfe/ Einrichtungen: Verein für Innere Mission in Bremen (VIM), Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Bremen e.V., AWO Integra gGmbH, ASB-Gesellschaft für sozial-psychiatrische Hilfen mbH, Sozialwerk der Freien Christengemeinde

⁴² Träger- Eingliederungshilfe/ Einrichtungen: Bremer Werkgemeinschaft (BWG)

im Umland verlegt wurden – teilweise, weil Kapazitäten in Bremen fehlten, teilweise, weil in Einzelfällen eine auswärtige Versorgung individuell angemessener war.

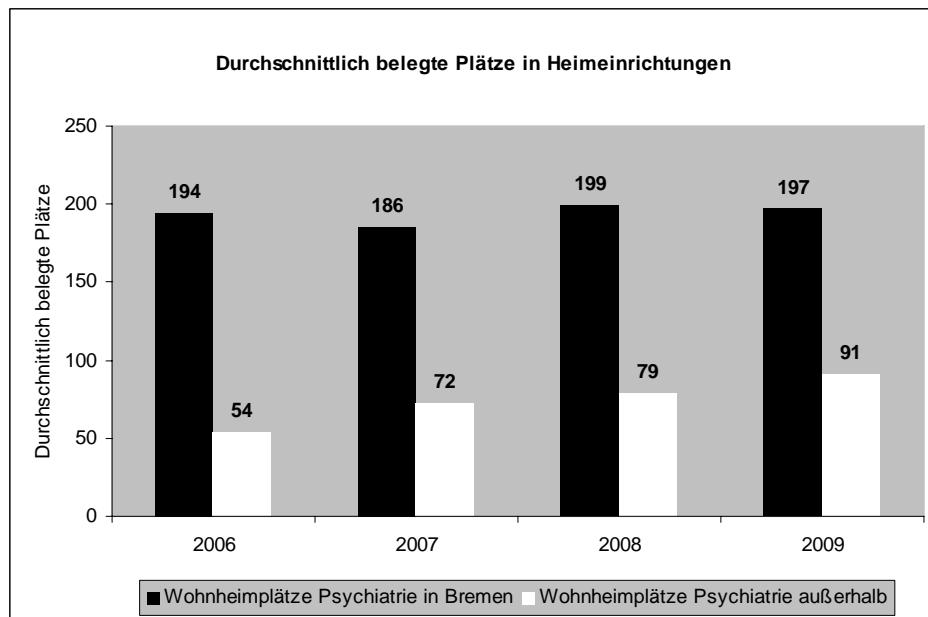


Abbildung 4: Entwicklung der durchschnittlich belegten Plätze in Heimeinrichtungen für psychisch kranke Menschen in Bremen und in Einrichtungen außerhalb Bremens⁴³

In der **Stadtgemeinde Bremerhaven** bieten drei Einrichtungen für insgesamt 100 Klienten die Möglichkeit des Heimwohnens für psychisch kranke Menschen: das Haus am Sollacker (Träger AWO) mit 60 Plätzen, Haus Arche (Träger Diakonisches Werk) mit 35 Plätzen und das Wilhelm-Wendeburg-Haus (Träger Gesellschaft für Integrative Soziale Betreuung und Unterstützung (GISBU) mit 5 Plätzen.

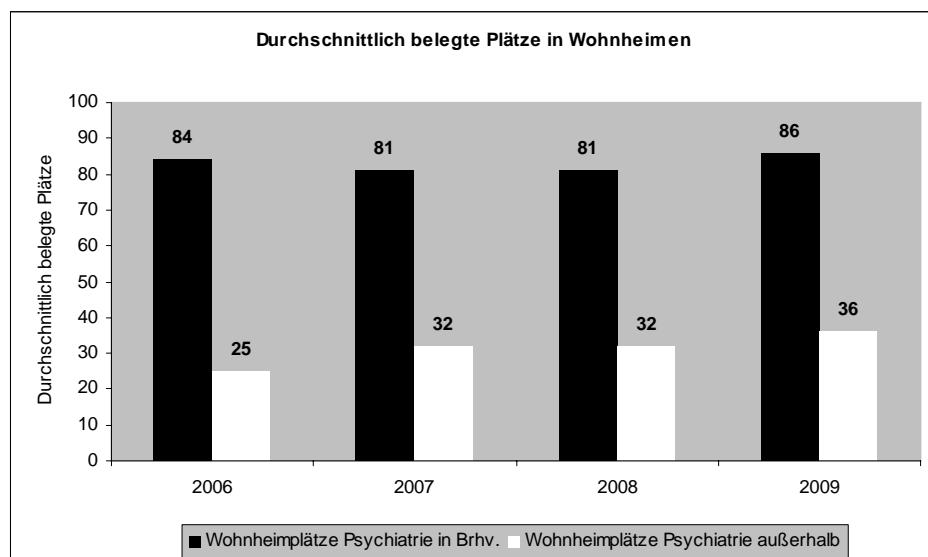


Abbildung 5: Entwicklung der durchschnittlich belegten Plätze in Heimeinrichtungen für psychisch kranke Menschen in Bremerhaven und in Einrichtungen außerhalb Bremerhavens⁴⁴

⁴³ Quelle: SAFGJS/ Controllingbericht , Stand 12/2007- 1/2010

⁴⁴ Quelle: SAFGJS/ Controllingbericht, Stand 12/2007- 1/2010

Auch für die Stadt Bremerhaven zeigt sich ein Trend zur vermehrten Unterbringung von psychisch kranken Menschen in Wohneinrichtungen außerhalb des Landes Bremen (siehe Abbildung 5)

3.1.2 Ambulante Wohnformen (Betreutes Wohnen)

Daten und Fakten

Im Gegensatz zum Wohnen in Heimen bietet das Betreute Wohnen – regional verortet und vom Hilfebedarf her flexibel zu gestalten - eine den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen der Klienten angepasstere Wohn- und Lebensform. Im Land Bremen wird das Betreute Wohnen in Einzelwohnungen, in Zweipersonenhaushalten oder in Wohngemeinschaften mit mehreren Personen angeboten.

In der **Stadtgemeinde Bremen** bieten aktuell acht Träger das Betreute Wohnen an.⁴⁵ Während in 2006 durchschnittlich 493 Plätze belegt waren, lag der Schnitt für 2009 bei 568, womit eine Steigerung von 15,21% zu verzeichnen ist.

In der **Stadtgemeinde Bremerhaven** existieren aktuell fünf Träger⁴⁶, die Plätze im Rahmen des Betreuten Wohnens vorhalten. In Bremerhaven stieg die durchschnittliche Belegung von 2006 auf 2009 um 58,85%.

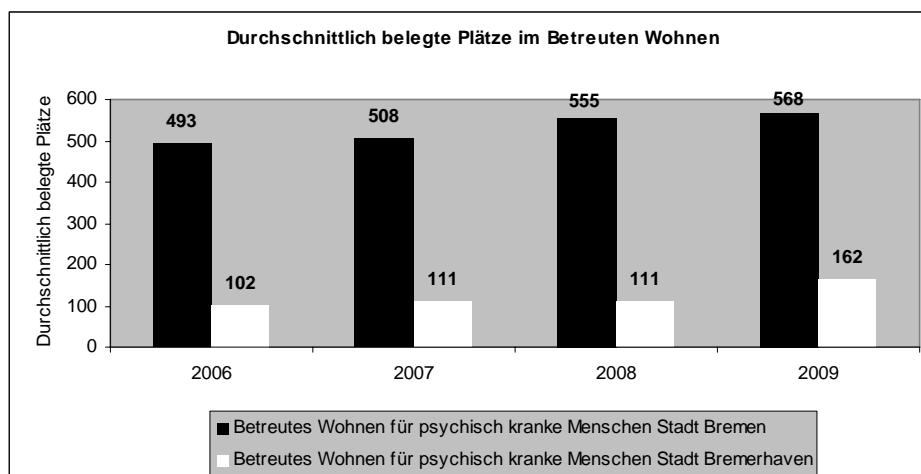


Abbildung 6: Entwicklung der durchschnittlich belegten Plätze im Betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen in der Stadtgemeinde Bremen und Bremerhaven⁴⁷

⁴⁵ Träger Betreutes Wohnen Stadt Bremen: Sozialwerk der freien Christengemeinde (SFC), Verein für Innere Mission (IM), Bremer Werkgemeinschaft (BWG), Initiative zur sozialen Rehabilitation (IsR), Arbeiter-Samariter-Bund Gesellschaft für Soziale Hilfen mbH (ASB), Arbeiterwohlfahrt (AWO)

⁴⁶ Arbeiterwohlfahrt Bremerhaven (AWO), Betreuungs- und Erholungswerk (BEW), Diakonisches Werk (DW), Elbe-Weser-Werkstätten (EWW), Deutsches Rote Kreuz (DRK)

⁴⁷ Quelle: SAFGJS/ Controllingbericht, Stand 12/2007- 1/2010

3.1.3 Tagesstätten mit niedrigschwelligem Zugang

Daten und Fakten

Die Tagesstätten, eine Errungenschaft der Psychiatrie-Reform, bieten psychisch kranken Menschen Beschäftigungsangebote, Gruppenaktivitäten, Gesprächsangebote und Unterstützung in lebenspraktischen Bereichen, sowie die Möglichkeit, sich dort aufzuhalten, auszutauschen, Kontakte zu knüpfen und kulturellen Angeboten nachzugehen (offener Bereich). Die selbstorganisierte Mithilfe wird über einen Betrag entgolten. I.d.R. nutzen psychisch kranke Patienten unterschiedliche Einrichtungen. Die Tagesstätten gehören in den fünf Stadtregionen zum festen Bestandteil der Versorgungsstruktur und werden gut angenommen und genutzt.

Die **Stadtgemeinde Bremen** verfügt in jeder Region über eine Tagesstätte mit 28 Plätzen mit einschließlich 8 Beschäftigungsplätzen. In der Tagesstätte West bestehen darüber hinaus 8 weitere Beschäftigungsplätze.

Die Tagesstätten werden von Vereinen der freien Wohlfahrtspflege, die gleichzeitig Träger betreuter Wohnformen bzw. von Wohnheimen sind, in freigemeinnütziger Trägerschaft betrieben.⁴⁸ In der **Stadtgemeinde Bremerhaven** gibt es eine Tagesstätte mit 28 Plätzen.

3.2 Komplementäre Hilfen – Suchtkrankenversorgung

3.2.1 Bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Stationäre Wohnform (Wohnheime)

Im komplementären Versorgungsbereich stehen für Menschen mit „legalen Abhängigkeitsproblematiken“ im Land Bremen die Wohnformen: Wohnheim, Betreutes Wohnen und Übergangswohnheim zur Verfügung.

Daten und Fakten

Die **Stadtgemeinde Bremen** verfügt für die Versorgung von suchtkranken Menschen (legale Suchtstoffe) im Rahmen der Eingliederungshilfe über insgesamt 199 Wohnheimplätze unterschiedlichster Träger⁴⁹

Bei der Unterbringung der Suchtkranken ist eine ähnliche Entwicklung erkennbar wie bei psychisch kranken Menschen: Sowohl ambulante als auch stationäre Wohnformen wurden ausgebaut, dadurch sank die Belegungsquote der Wohnheime, jedoch ist auf der anderen Seite eine steigende Nachfrage nach außerbremischen Heimplätzen zu verzeichnen. Eine Analyse des Gesundheitsamtes ergab, dass nicht für alle Patientinnen und Patienten mit komorbidien Störungen landesweit entsprechenden Angebote vor-

⁴⁸ Es handelt sich um folgende vier Tagesstätten: Bremen-Mitte: Wichernhaus (Verein für Innere Mission) – Bremen-Süd: Klamotten-Café (Bremer Werkgemeinschaft) - Bremen-Ost: Villa Wisch (Arbeiter-Samariter-Bund, Gesellschaft für sozialpsychiatrische Hilfen mbH) - Bremen-West: Café Klatsch (Bremer Werkgemeinschaft) - Bremen-Nord: Tagesstätte Nord (Sozialwerk der freien Christengemeinde)

⁴⁹ Träger: Christliches Reha-Haus Bremen e.V., Friedehorst gGmbH, Sozialwerk der Freien Christengemeinde, AWO Integra gGmbH

handen sind und daher auf Einrichtungen außerhalb Bremens ausgewichen wird.

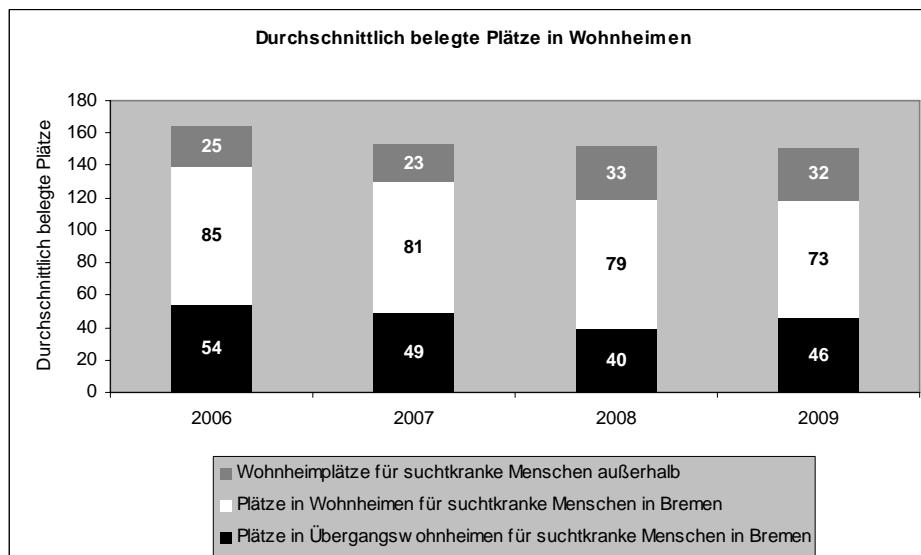


Abbildung 7: Entwicklung der durchschnittlich belegten Plätze im Bereich Stationäre Hilfen für suchtkranke Menschen (legaler Bereich) in der Stadtgemeinde Bremen⁵⁰

In der **Stadtgemeinde Bremerhaven** bieten zwei Einrichtungen⁵¹ insgesamt 53 stationäre Wohnheimplätze für suchtkranke Menschen (Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit) an.

In Bremerhaven zeigt sich für die Jahre 2006 bis 2009 kein Anstieg der auswärtigen Unterbringungen – vermutlich deshalb, weil im Jahr 2007 die Anzahl der stationären Plätze in Bremerhaven deutlich erhöht wurde (12 Plätze AWO Bremerhaven).

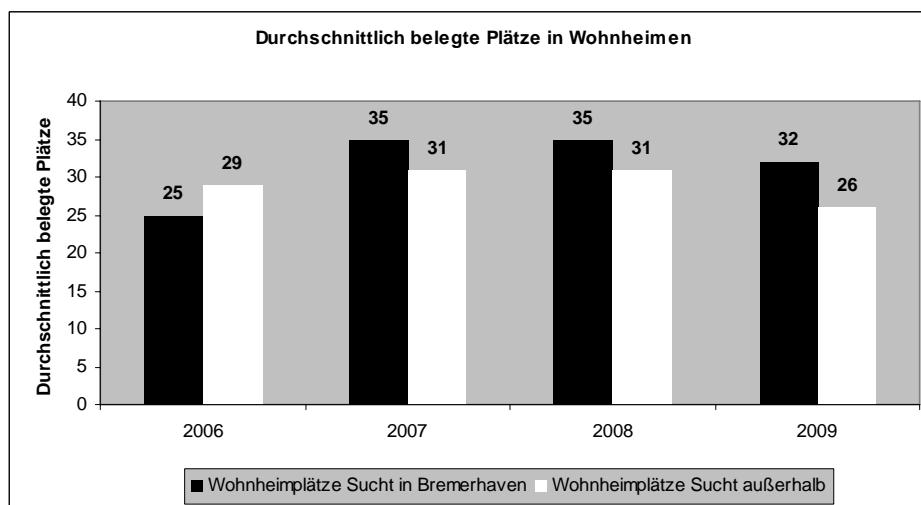


Abbildung 8: Entwicklung der durchschnittlich belegten Plätze in Wohnheimen für suchtkranke Menschen (legaler Bereich) in der Stadtgemeinde Bremerhaven (2006-2009)⁵²

⁵⁰ Quelle: SAFGJS/ Controllingbereicht, Stand 12/2007- 1/2010

⁵¹ Haus Anker (AWO) mit 27 Plätzen und Haus Lehe (privater Träger) mit 26 Plätzen

⁵² Quelle: SAFGJS/ Controllingbereicht, Stand 12/2007- 1/2010

Ambulante Wohnformen (Betreutes Wohnen)

Daten und Fakten

In den letzten Jahren hat im Land Bremen ein kontinuierlicher Ausbau des Betreuten Wohnens für Suchtkranke aus dem legalen Bereich auf derzeit 90 durchschnittlich belegte Plätze in **Bremen** und 8 durchschnittlich belegte Plätze in **Bremerhaven** stattgefunden.⁵³ Die Tendenz geht von ehemals größeren Wohngruppen mittlerweile hin zu Ein-, Zwei- und Dreipersonenhaushalten. Für Patienten mit Doppeldiagnosen (psychisch kranke Menschen, die Suchtmittel gebrauchen) stellt die Bremer Werkgemeinschaft Angebote im Betreuten Wohnen bereit.

3.2.2 Bei Abhängigkeit von illegalen Substanzen (Drogen)

Abgesehen von Angeboten der Wohnungslosen- und Straffälligenhilfe und so genannten Notunterkünften gibt es im Land Bremen keine Wohnheime für Drogenabhängige. Was den ambulanten Bereich betrifft, so gliedern sich im **Stadtbereich Bremen** die Projekte im Bereich „Betreutes Wohnen (illegaler Bereich)“ nach Zielgruppen: es wird unterschieden zwischen ‚aktiv Konsumierenden/ Substituierten‘ und ‚abstinent lebenden Drogenabhängigen‘.⁵⁴

Daten und Fakten

Die Anzahl der durchschnittlich belegten Plätze im Bereich Betreutes Wohnen für drogenkranke Menschen lag 2008 bei 151. Im Jahr 2009 sank diese Zahl auf 145 durchschnittlich belegte Plätze. Im Vergleich dazu nahmen die durchschnittlich belegten Plätze in stationären Wohnheimen außerhalb Bremens – analog zum legalen Versorgungssektor - stetig zu. Hier liegt die Ursache primär darin begründet, dass für die Zielgruppe der chronisch mehrfach geschädigten Drogenabhängigen Betreuungs- und Behandlungsangebote in Bremen fehlen. Die Zahl chronisch mehrfach geschädigter Drogenabhängiger wird jedoch in den nächsten Jahren weiterhin zunehmen, da die verbesserte gesundheitliche Versorgung eine Verlängerung der Überlebensraten zur Folge hat. Insofern wäre zu erörtern, inwieweit durch eine Umstrukturierung im stationären Bereich für diese Zielgruppe wohnortnahe Angebote geschaffen werden können.

Die **Stadtgemeinde Bremerhaven** hält kein spezielles Angebot im Bereich des Betreuten Wohnens für Abhängige von illegalen Drogen vor. Dem Magistrat Bremerhaven wäre zu empfehlen, Bedarf und Möglichkeiten für ein entsprechendes Betreuungsangebot zu prüfen.

⁵³ Träger im Bereich des Betreuten Einzelwohnens bzw. Wohngruppen sind im Stadtgebiet Bremen die AWOIntegra gGmbH, die Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. und das Christliche Reha-Haus Bremen e.V. In Bremerhaven bietet die Arbeiterwohlfahrt Bremerhaven (AWO) und das Haus Lehe betreute Wohnformen an.

⁵⁴ Aktuell bieten die Träger Therapiehilfe Bremen gGmbH, Hoherhorst gGmbH, Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. sowie die AIDS Hilfe jeweils Einrichtungen des Betreuten Wohnens und Projekte zur Betreuung im eigenen Wohnraum im Drogenhilfesystem an.

3.3 Arbeits- und Beschäftigungsangebote

Daten und Fakten

Arbeit ist einer der wichtigsten Faktoren zur Eingliederung in die Gesellschaft, zur Teilhabe an der Gemeinschaft und zur persönlichen Stabilisierung. Chronisch psychisch und suchtkranke Menschen sowie viele Patienten nach der Akutbehandlung einer psychischen Erkrankung benötigen Unterstützung bei der (Wieder-) Eingliederung in Arbeit, was auch vom Gesetzgeber anerkannt ist und mit Hilfe verschiedener Maßnahmen gefördert wird.

Für viele chronisch psychisch kranke oder suchtkranke Menschen ist eine reguläre Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt jedoch nicht möglich, so dass Formen geschützter Beschäftigung gefunden werden müssen, die an die individuellen Möglichkeiten angepasst werden können. In der Regel tragen sich diese Arbeitsplätze nicht selbst, die Beschäftigten erhalten daher staatliche Zuschüsse.

Ebenso wie körperlich Behinderte können auch psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen⁵⁵ eine Anerkennung als Schwerbehinderte beantragen und die damit verbundenen besonderen Regelungen im Arbeitsleben in Anspruch nehmen (verstärkter Kündigungsschutz, verlängerter Urlaubsanspruch, Arbeitsplatzanpassungen etc.).

In den letzten Jahren haben eine große Anzahl unterschiedlicher Träger im Land Bremen differenzierte Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Kranke und Suchtkranke eingerichtet, die überwiegend auf Basis des SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) oder SGB XII (Sozialhilfe) finanziert werden. Nach einer Umfrage in 2008 unter den Trägern wurden insgesamt 1.305 Personen beschäftigt (davon 136 Langzeitarbeitslose, die keine weitere Betreuung erhielten). Darunter waren sowohl geförderte sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze, Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen, so genannte Injobs (Integrationsjobs für Langzeitarbeitslose zu Heranführung an reguläre Arbeit), Plätze in Tagesstätten, Praktika und Plätze der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).

3.3.1 Werkstatt für Beschäftigung (WEBESO)

Die Werkstatt für Beschäftigung (WEBESO – Träger: Sozialwerk der Freien Christengemeinde) hält 48 Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen vor, die nicht oder noch nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) beschäftigt werden können, aber bereit sind, einer regelmäßigen Beschäftigung bis zu 15 Stunden in der Woche nachzugehen.

⁵⁵ Beide Begriffe sind hier identisch.

3.3.2 Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Ein wichtiger Bestandteil der Leistungen ist die Orientierung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch ausgelagerte Arbeitsplätze bei Firmen und in Sonderprojekten. Die Werkstätten verfügen über ein breites Angebot an Berufsbildungs- und sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen, die nach Art der Ausbildung/Beschäftigung auf unterschiedliche Betriebsstätten verteilt sind. Die Finanzierung im Bereich der beruflichen Bildung erfolgt in der Regel durch die Arbeitsagentur oder durch die Rentenversicherung, der Arbeitsbereich wird durch den Sozialhilfeträger finanziert.

Im Land Bremen gibt es drei Werkstätten mit insgesamt 2.805 Plätzen (2008) für behinderte Menschen, von denen 485 Plätze psychisch kranken Menschen zur Verfügung stehen, davon 369 in Bremen und 116 in Bremerhaven. (siehe Controllingbericht 2008)

Neben den Folgen der spezifischen Arbeitsmarktsituation (hohe Arbeitslosigkeit) wird auch hier ein Mangel in der ambulanten Versorgungsstruktur aufgrund fehlender Beschäftigungsmöglichkeiten vor einer WfbM-Zuweisung deutlich.

3.3.3 Integrationsfirmen/Integrationsprojekte

Integrationsfirmen nach § 132 ff SGB IX sind Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes, die schwerbehinderte und nichtbehinderte Arbeitnehmer einstellen (Quote der Behinderten: mindestens 25%, maximal 50%) und überwiegend marktorientiert, d.h. nicht auf der Basis öffentlicher Zuschüsse wirtschaften. Die Beschäftigungsangebote richten sich an psychisch kranke und geistig und mehrfach behinderte Menschen, die für eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt prinzipiell in Frage kommen bzw. darauf von einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer psychiatrischen Einrichtung vorbereitet wurden, jedoch wegen ihrer speziellen Behinderung kaum Chancen auf eine reguläres Arbeitsverhältnis außerhalb einer Integrationsfirma hätten. Im Land Bremen gibt es derzeit nur eine Integrationsfirma, die „Integra-Dienstleistungen“, die zur Werkstatt Bremen gehört.

3.3.4 Integrationsfachdienste bzw. berufsbegleitende Dienste

Integrationsfachdienste können von den Integrationsämtern der Länder und den Arbeitsagenturen beauftragt werden, (schwer-) behinderte Menschen bei der Suche nach einem geeigneten Arbeits- oder Ausbildungsplatz zu unterstützen sowie Arbeitgeber zu informieren und zu beraten. Die Dienste unterstützen bei Arbeitserprobungen und stellen Arbeitsbegleitungen sowie Nachbetreuung am Arbeitsplatz sicher. Ein besonderer Bedarf an arbeits- und berufsbegleitender Betreuung wird vom Gesetzgeber bei schwerbehinderten Menschen mit psychischer oder geistiger Behinderung gesehen.

Träger der Integrationsfachdienste nach §§ 109 ff SGB IX sind in Bremen die Integrationsfachdienst Bremen GmbH und in Bremerhaven die Elbe-Weser-Werkstätten.

3.3.5 Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke

Im Land Bremen gibt es mit dem Berufsbildungswerk Bremen und dem Berufsförderungswerk Friedehorst zwei Einrichtungen frei gemeinnütziger Träger, die Ausbildungs- und Umschulungsangebote u.a. für schwerbehinderte Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen und psychischen Erkrankungen vorhalten. Die Angebote des Berufsbildungswerkes richten sich mit Angeboten zu Erstausbildungen sowie Berufsfindungs- und Arbeitserprobungsmaßnahmen vorrangig an Jugendliche und junge Erwachsene. Das Berufsförderungswerk Friedehorst bietet Ausbildungs- und Umschulungsmaßnahmen für Erwachsene an und unterstützt ebenfalls mit Berufsfindungs- und Arbeitserprobungsmaßnahmen sowie mit Vorbereitungslehrgängen.

3.3.6 „Unterstützte Beschäftigung“

Seit Anfang 2009 steht mit dem § 38a SGB IX eine Möglichkeit unterstützender Beschäftigung für Personen, die einerseits besonderen Unterstützungsbedarf haben, andererseits aber nicht das besondere Angebot der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) benötigen, bei der Suche und Absicherung eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz zur Verfügung.

Für die zwei bis drei Jahre umfassende individuelle betriebliche Qualifizierung sind in der Regel die Agenturen für Arbeit und für eine erforderliche anschließende Begleitung im Arbeitsleben in der Regel die Integrationsämter die zuständigen Kostenträger.

3.3.7 Berufliche Rehabilitation psychisch kranker und suchtkranker Menschen

Kunden der BAgIS (Bremer Arbeitsgemeinschaft für Integration und Soziales), also Bezieher von Arbeitslosengeld II – so genannte Hartz-IV-Empfänger, früher Sozialhilfeempfänger -, die psychisch oder suchtkrank sind, werden von den regionalen BHZ und Drogenhilfzentren im Hinblick auf Arbeit und Beschäftigung bzw. berufliche Rehabilitation auf Grundlage des § 16 a SGB II beraten. Diese Beratungen dienen der Stabilisierung bzw. Orientierung. Die Anzahl der beratenen Kundinnen und Kunden stieg von 634 (2007) auf 684 Neufälle (2009). Neben dem Einsatz der flankierenden Maßnahmen nehmen viele suchtgefährdete Menschen, suchtkranke Personen und psychisch kranke Personen an den verschiedenen, zielgruppenübergreifenden Integrationsmaßnahmen der BAgIS und der ARGE Bremerhaven teil, die sich potentiell an alle Arbeitsuchenden richten.

Am Klinikum Bremen-Ost gibt es die klinische Arbeitstherapie, die nach SGB V und VI **arbeitstherapeutische Maßnahmen und Belastungserprobungen** im Rahmen der medizinischen Behandlung durchführt. Krankheits- oder behinderungsbedingte Einschränkungen versucht die klinische Arbeitstherapie zu beheben bzw. zu lindern, um so die berufliche Rehabilitation fördern.

Mit der Schaffung **strukturierter Beschäftigungsangebote** nach § 11(3) SGB XII wurde seit Mitte 2009 für ca. 100 psychisch- und suchtkranke Personen in **Bremen** eine gezielte Förderung gewährleistet. In Bremerhaven gibt es derartige Angebote bis dato nicht. Die Ziele liegen in der sozialen und gesundheitlichen Stabilisierung und der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.

Speziell für suchtgefährdete- und suchtkranke Personen bietet die AWO **Bremerhaven** drei Projekte mit insgesamt 47 Plätzen an. Finanziert werden die Maßnahmen unter anderem aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds.

Weiter sind in Bremerhaven mit den Modellprojekten „Ambulante tagesstrukturierende Beschäftigung für psychisch kranke und suchtkranke Menschen“ zwei entgeltfinanzierte Maßnahmen auf Basis des SGB XII entstanden, die eine stationäre Unterbringung verhindern bzw. beenden sollen und auch als Alternative zur WfbM anzusehen sind. Mit der Vorlage eines „Fach- und Steuerungsrahmenkonzeptes für den Bereich Arbeit und Beschäftigung“ ist für die weitere Entwicklung eine wichtige Grundlage gelegt.

Zukünftige Handlungsfelder

Angebote im komplementären Bereich werden vor dem Hintergrund des Subsidiaritätsprinzips, also der Nachrangigkeit staatlicher Leistungserbringung im Rahmen der Sozialgesetzgebung, vorrangig von den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege erbracht. In den zurückliegenden Jahrzehnten des Auf- und Ausbaus komplementärer Versorgungsstrukturen ist eine umfängliche Palette an Hilfen und Angeboten außerhalb der ambulanten und krankenhausbezogenen Leistungen entstanden. Mit viel Kreativität und Engagement und der notwendigen Unterstützung durch Land und Stadtgemeinden haben die Wohlfahrtsverbände in Bremen nahezu in sämtlichen Bereichen des Alltagslebens gemeindenahe Unterstützungsangebote für psychisch kranke und suchtkranke Bremer Bürgerinnen und Bürger entwickelt.

Zukünftig wird es darum gehen, die so entstandenen Hilfen noch passgenauer im Sinne individueller Hilfebedarfe und kostenträgerübergreifend mit einem hohen Maß an Flexibilität als Komplexleistung zu gestalten. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass alle Angebote – ohne Ausnahmen – so zu organisieren sind, dass sie jedem Hilfeempfänger ausreichend Möglichkeiten eröffnen, mental und materiell unabhängig und selbstbestimmt leben zu können.

Zur Zielerreichung ist es unerlässlich, dass alle Akteure darauf hinwirken, dass es nicht zu neuen Ausgrenzungsformen kommt, angemessen entlohnte Arbeit als wichtiges Gut anerkannt wird und die psychisch kranken und suchtkranken Menschen mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten in der Auswahl ihrer Hilfen bekommen – beispielsweise durch eine vermehrte Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets.

Zudem sollten die Hilfen im komplementären Bereich durch eine noch effektiver und effizienter gestaltete Kooperation – auch mit Anbietern ambulanter und krankenhausbezogener Leistungen – optimiert werden. Als Stichwörter sind hier mehr Transparenz in der Leistungserbringung durch

die Entwicklung von Qualitätskriterien und entsprechenden Prüfrastern und von mehr Flexibilität seitens der Kostenträger durch trägerübergreifende Finanzierungsformen zu nennen.

An den nachfolgenden Themenfeldern werden beispielhaft aktuelle Handlungsfelder im komplementären Bereich aufgezeigt:

- Die dargestellte umfängliche Palette landesweiter komplementärer Betreuungsangebote gepaart mit den leicht erreichbaren stationären und ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten birgt das **Risiko einer neuen Form der Hospitalisierung** in sich. Die Versorgungsstrukturen sind so vielschichtig und umfassend; sie decken nahezu sämtliche das Alltagsleben betreffende Bereiche der zu betreuenden Menschen ab. Es besteht die Gefahr, dass diese gut gemeinte komplexe Hilfe dazu führen kann, dass die in dem System lebenden psychisch kranken und suchtkranken Menschen sich einrichten und somit institutionell ein Leben lang versorgt werden, obwohl sie das Potential für eine selbständige Lebensführung hätten. Verstärkt wird dieses Risiko nicht zuletzt dadurch, dass in den Einrichtungen eine institutionell geprägte Sprache und Alltagsgestaltung vorherrscht, die in der Regel wenig mit „normalen“ Lebensverhältnissen zu tun haben. Eine wirkliche Integration und Identifikation der Klienten in und mit dem gesellschaftlichen Leben um sie herum, wird dadurch erschwert.
- Die regionale und damit gemeindenah Struktur der Hilfen und Leistungen für psychisch kranke und suchtkranke Bremerinnen und Bremer bedingt die Verpflichtung, auch **innerhalb Bremens angemessene Hilfen vorzuhalten**. Das gilt auch für im Umgang sehr schwierige Klientinnen und Klienten, die ein erhebliches Potential an Unterstützung benötigen bis hin zu zeitlich befristeten freiheitsentziehenden Maßnahmen. In Bremen scheint sich in diesem Zusammenhang eine Tendenz abzuzeichnen, psychisch kranke und suchtkranke Bremerinnen und Bremer, die zu dem beschriebenen Klientenkreis gehören, in auswärtige Heimeinrichtungen zu vermittern, die teils geschlossene Einrichtungen sind.

Es ist zu prüfen, inwieweit dieser Tendenz effektiv entgegengewirkt werden kann, damit auch als schwierig geltende chronisch psychisch kranke und suchtkranke Patientinnen und Patienten nicht ausgegrenzt und vom gesellschaftlichen Leben in Bremen ausgeschlossen werden.

In diesem Kontext muss auch die **Frage zum Bedarf für einen geschlossenen Bereich innerhalb einer bestehenden Heimeinrichtung im Land Bremen** gestellt und mit angemessenen konzeptionellen Überlegungen beantwortet werden. Ein schwieriges und sensibles Thema angesichts der Historie. Es kann und darf aber nicht sein, dass zeitlich befristete freiheitsentziehende Maßnahmen, so sie denn in indizierten Fällen auch im komplementären Bereich unvermeidbar zu sein scheinen, in Bremen durch eine Form von „Abschiebung“ in andere Bundesländer tabuisiert werden.

- **Angemessen entlohnte Arbeit** ist sowohl für nicht behinderte Menschen als auch für psychisch Kranke ein zentrales Element, um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Es sollte daher vorrangiges Ziel sein, die Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit psychisch kranker und suchtkranker Bürgerinnen und Bürger zu erhalten bzw. zu fördern. Chronisch psychisch kranke Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oftmals nur schwer eine angemessen entlohnte Tätigkeit finden, könnten mit unterstützenden Hilfen wie den beschriebenen Angeboten, bessere Startchancen für einen Übergang in den ersten Arbeitsmarkt erhalten. Insofern ist anzustreben, Unterstützungsleistungen zu entwickeln bzw. auszubauen. Darüber hinaus sollten sich verstärkt die Arbeitgeber und die entsprechenden Verbände dafür einsetzen, dass auch im Lande Bremen Arbeitsplätze für psychisch kranke Menschen ausgebaut werden. Allerdings wäre darauf zu achten, dass die Arbeitsplatzanforderungen den Möglichkeiten oftmals eingeschränkten Leistungsfähigkeit angepasst werden. In dem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass nach dem Fehlzeiten-Report 2010 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) psychische Erkrankungen als Ursache für Fehlzeiten am Arbeitsplatz stark angestiegen sind. Die Zahl der auf diese Krankheitsart zurückgehenden Arbeitsunfähigkeitsfälle ist seit 1998 um 93%, die der -tage um 82,6% gestiegen⁵⁶. Als Gründe werden insbesondere von den Betriebsärzten und den Gewerkschaften deutlich beschleunigte Prozesse in der Arbeitswelt sowie der offенere Umgang mit psychischen Problemen vermutet.
- Im **Bereich der Suchtkrankenversorgung** sollten die Kooperations- und Koordinationsangebote zwischen allen Beteiligten verbessert werden. Zu denken wäre an die Entwicklung eines „Netzwerkes“, an dem sich neben den klinischen, ambulanten und komplementären Leistungsanbietern auch die Leistungsträger / Institutionen der beruflichen Rehabilitation und die Selbsthilfeorganisationen beteiligen. Sinnvoll wäre es, wenn in dem Zusammenhang auch über regional übergreifende gemeinsame Standards und Qualitätskriterien nachgedacht würde.

⁵⁶ vgl. Badura B., Schröder H., Klose J., Macco K. (2010): Fehlzeiten-Report 2010, Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potentiale nutzen, S.295.

Kapitel

4

4. Spezielle Versorgungsangebote

4.1 Klinische psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Die klinische Behandlung im Bereich Psychosomatik/ Psychotherapie erfolgt für das Land Bremen insbesondere in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Bremen-Ost.

Dort werden Erwachsene aller Altersgruppen mit solchen Krankheitsbildern behandelt, bei denen psychogene Faktoren für die Auslösung bzw. Aufrechterhaltung der Erkrankung von entscheidender Bedeutung sind. Dazu gehören z.B. Patienten mit Essstörungen, somatoformen Störungen, depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Außerdem ermöglicht die Klinik durch psychosomatische Angebote Patienten mit eher organmedizinischem Krankheitsverständnis ihrer Beschwerden den Zugang zu psychotherapeutischer Hilfe.

Durch solche Angebote ist inzwischen eine verbesserte Akzeptanz der Psychosomatischen Medizin innerhalb der Somatischen Medizin möglich geworden, die sich in der Schaffung von organmedizinischen Behandlungszentren wie z.B. dem Lungenzentrum oder dem Darmzentrum am KBO zeigt, wo inzwischen selbstverständlich integrierte und regelhafte psychosomatische Mitversorgung stattfindet.

In der Klinik stehen 18 stationäre Behandlungsplätze zur Verfügung. Aktuell ist eine Bettenerweiterung geplant, um den Bedarf insgesamt, insbesondere vor dem Hintergrund der neuen Spezialisierung auf Essstörungen, decken zu können. Geprüft werden sollte dabei auch, inwieweit ein Mehrbedarf gegebenenfalls durch teilstationäre Behandlungsplätze abgedeckt werden könnte.

Außerdem verfügt das AMEOS Klinikum Dr. Heines über zwei verhaltenstherapeutisch arbeitende Stationen zur Behandlung von Depressionen und Angststörungen, sowie einer Trauma- und einer Borderline-Station, jeweils mit Versorgungsverpflichtung für Bremen und Umland. Neu ist die Vorhaltung eines Spezialangebotes für Menschen mit psychotischen Störungen.

4.2 Forensische Psychiatrie (Maßregelvollzug)

Hintergrund

Im Maßregelvollzug werden psychisch kranke oder an einer Suchterkrankung leidende Frauen und Männer untergebracht, die aufgrund ihrer Erkrankung straffällig geworden sind und dann vom Gericht auf Basis eines psychiatrisch-psychologischen Gutachtens für nicht schuldfähig oder eingeschränkt schuldfähig erklärt und zu einer Maßregel nach § 63 oder – auch bei Schuldhaftigkeit – nach § 64 Strafgesetzbuch (StGB) verurteilt, in eine forensische Klinik zum Zwecke der Besserung und Sicherung eingewiesen werden. Die Ausgestaltung des Maßregelvollzuges erfolgt nach dem PsychKG.

Neben diesen beiden größten Gruppen der Maßregelvollzugspatientinnen und –patienten werden Frauen und Männer nach § 126a Strafprozessordnung (StPO) vorläufig in die forensische Klinik per Gerichtsbeschluss eingewiesen, wenn die Annahme besteht, dass eine psychische Erkrankung oder Suchterkrankung vorliegt, die ursächlich im Zusammenhang mit einer begangenen Straftat stehen könnte, eine Gerichtsverhandlung allerdings noch nicht stattgefunden hat, im Ergebnis aber die Unterbringung im Maßregelvollzug zu erwarten ist.

Zudem werden zum Zwecke der Begutachtung nach § 81 StPO Personen in der Forensik aufgenommen und Hafterkranke zur Wiederherstellung der Haftfähigkeit gemäß § 65 StVollzG bzw. § 23 BremUVollzG zur Herstellung der Haftfähigkeit mitbehandelt. Außerdem ist die Forensik auch im Rahmen von Sicherungshaftbefehlen gemäß § 453c StPO zuständig.

Zu den Maßregeln der Besserung und Sicherung gehören ebenfalls die Sicherungsverwahrung im Strafvollzug und die Führungsaufsicht nach § 66 bzw. § 68ff StGB.

Daten und Fakten

Der Maßregelvollzug findet im Land Bremen in der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Klinikum Bremen-Ost gGmbH statt.

Im Rahmen der Übertragung der ehemals kommunalen Krankenhäuser im Land Bremen aus öffentlich-rechtlicher in privatrechtliche Trägerschaft galt dieses auch für die Forensische Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikum Bremen-Ost. Auf der Basis eines Beleihungsgesetzes und eines danach abgeschlossenen Beleihungsvertrages wurde die Durchführung der hoheitlichen Aufgaben des Maßregelvollzuges der Forensischen Klinik übertragen. Die Fachaufsicht über den Maßregelvollzug blieb gemäß PsychKG bei der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

In den zurückliegenden Jahren wurden immer mehr Maßregelvollzugsplätze bundesweit - so auch in Bremen - benötigt. Einen Einfluss auf die Belegung haben die in den Ländern jeweils zuständigen Behörden, wie in Bremen die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, nicht, da die Zuweisung in den Maßregelvollzug durch die Gerichte erfolgt.

Die Zahl der Inanspruchnahmen stieg jedoch nicht nur durch vermehrte gerichtliche Zuweisungen, sondern auch durch längere Verweildauern. Bremen reagierte, wie auch andere Bundesländer, mit einem Ausbau der Platzkapazitäten und der verstärkten Entwicklung ambulanter Behandlungsmaßnahmen und komplementärer Betreuungsangebote durch den Ausbau der forensischen Nachsorge.

Mittlerweile hat sich der Bedarf an Plätzen bundesweit auf einem hohen Niveau eingependelt. In Bremen stagniert der Anstieg der Anzahl der Patientinnen und Patienten der Forensik bei durchschnittlich 130 Personen im Jahresverlauf (siehe hierzu auch nachfolgende Tabellen 33 und 34).

abelle 33: Jahresdurchschnittliche Belegung auf Basis der monatlichen Stichtagsbelegung (§§ 63, 64 StGB, § 126a StPO sowie sonstige relevante §§)⁵⁷

| | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|-------------|------|------|
| Vereinbarte Bettenzahlen mit dem KBO (Entgeltvereinbarung) | 118 -137 | 132 | 130 |
| Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie | 133 | 133 | 130 |
| davon Maßregelvollzugspatienten in der AP | 2 | 2 | - |
| in Einrichtungen anderer Bundesländer | 15 | 18 | 15 |
| Forensische Nachsorge | 51 | 69 | 89 |

Tabelle 34: Durchschnittliche Belegung (nur Klinik) nach Rechtsgrundlagen⁵⁸

| Durchschnittliche Belegung | 2007 | 2008 | 2009 |
|---|------------|------------|------------|
| Rechtsgrundlagen | | | |
| § 63 StGB | 92 | 92 | 93 |
| § 64 StGB | 25 | 24 | 25 |
| § 126a StPO sowie sonstige (= relevante §§) | 19 | 14 | 12 |
| Gesamt | 136 | 130 | 130 |
| Davon Anteil weibliche Patienten | 8 | 7 | 7 |

Um im Verlaufe der teils mehrjährigen Behandlungsdauern feststellen zu können, ob Behandlungen erfolgreich verlaufen sind und damit die vom Gesetz geforderte „Besserung“ eingetreten ist, finden halbjährliche (§ 64 StGB) und jährliche (§ 63 StGB) Überprüfungen durch das Gericht statt. Darüber hinaus wird im Verlauf der Unterbringung, in der Regel unter externer Beteiligung geprüft, ob Lockerungen des Vollzuges in Form von begleiteten Ausgängen bis hin zu Beurlaubungen erfolgen können, um so die Reintegration der Patienten in die Gesellschaft günstig zu beeinflussen. Dabei wird den Sicherheitsinteressen der Allgemeinheit stets größtmögliche Aufmerksamkeit geschenkt und das Verfahren der Risikobeurteilung kontinuierlich verfeinert.

⁵⁷ Quelle: Jahresberichte der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 2007-2009

⁵⁸ Quelle: Jahresberichte der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 2007-2009

Aus den folgenden Tabellen 35 und 36 sind zu diesem Komplex differenzierte Daten zu entnehmen.

Tabelle 35: Gesamtzahl aller Patientenausgänge im jeweiligen Jahr (Lockerung) und Anzahl der betreffenden Patienten zum jeweiligen Stichtag 31.12, für die Jahre 2007-2009⁵⁹

Patientenausgänge aus dem Maßregelvollzug

| | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
|------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|
| | Anzahl Ausgän-ge gesamt | Anzahl Perso-nen Stichtag | Anzahl Ausgän-ge gesamt | Anzahl Perso-nen Stichtag | Anzahl Ausgän-ge gesamt | Anzahl Perso-nen Stichtag |
| begleitete Ausgänge | 6.026 | 55 | 6.199 | 45 | 5.683 | 45 |
| unbegleitete Aus-gänge | 17.049 | 45 | 16.761 | 57 | 15.586 | 61 |
| Gesamt | 23.075 | 100 | 22.960 | 102 | 21.269 | 106 |

(Begleitung = Durch MitarbeiterInnen der Einrichtung)

Tabelle 36: Entweichungen aus dem Maßregelvollzug für die Jahre 2007-2009⁶⁰

Entweichungen aus dem Maßregelvollzug

| Entweichungen (alle §§) | Anzahl Patienten insgesamt | | |
|---|----------------------------|-----------|-----------|
| | 2007 | 2008 | 2009 |
| Ausbruch (Überwindung baulich technischer oder personeller Hindernisse) | 0 | 0 | 0 |
| Flucht (bei begleiteten Ausgängen/Ausführungen) | 0 | 1 | 1 |
| Missbrauch einer Vollzugslockerung (bei unbegleitetem Aus-gang) | 2 | 9 | 8 |
| Gesamt | 2 | 10 | 10 |

Stellt man die Anzahl der Patientenausgänge und der betreffenden Patienten den Entweichungen in den Erhebungsjahren gegenüber (Tabellen 35 und 36) so zeigt sich, dass lediglich eine statistisch unbedeutende Anzahl von Lockerungsmissbräuchen zu verzeichnen war. Dabei ist ergänzend zu berücksichtigen, dass die in Tabelle 36 enthaltene Kategorie „Missbrauch einer Vollzugslockerung“ bedeutet, dass es sich in der Mehrzahl um Verspätungen bei der Rückkehr aus unbegleiteten Ausgängen (> 20 Minuten) handelt, die insofern faktisch nicht als „Entweichungen“ im eigentlichen Sinne zu bezeichnen sind. Im Ergebnis zeigen die Daten, dass sich das Lockerungssystem bewährt hat.

Durch den Neubau der Klinik konnten erstmals im bremischen Maßregelvollzug unterzubringende Frauen in der forensischen Klinik aufgenommen werden. Zudem ließen sich Doppelzimmer in Einzelzimmer umwandeln und die bis dahin als Patientenzimmer genutzte Aufenthaltsräume ihrem ursprünglichen Zweck wieder zuführen. Räumliche Differenzierungen nach Krankheitsbildern konnten zudem durchgeführt werden. Diese Maßnahmen trugen wesentlich zu einer Entspannung des alltäglichen Lebens auf den Stationen und damit auch zu einer Verbesserung des therapeutischen Milieus bei.

⁵⁹ Quelle: Jahresberichte der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 2007-2009

⁶⁰ Quelle: Jahresberichte der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 2007-2009

Die nachfolgend aufgelisteten Behandlungs-, Rehabilitations- und Arbeits- und Beschäftigungsangebote bilden im Kern die gegenwärtige Struktur der Forensischen Psychiatrie in Bremen ab:

1. Stationärer Behandlungsteil

Der stationäre Behandlungsbereich der forensischen Klinik gliedert sich mit den 121 Behandlungsplätzen (Betten) wie folgt auf:

- 1) Akut- und Aufnahmebereich zur Diagnostik und Therapievorbereitung sowie zur Krisenintervention. Dazu gehört ein hoch gesicherter Bereich für besonders zu sichernde Patientinnen und Patienten. Ebenso werden Hafterkrankte und einstweilig unterzubringende Männer und Frauen in diesem Teil mitbehandelt.
- 2) Weiterführende Therapiestationen mit den Behandlungsschwerpunkten Psychosen und Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Schwerpunkte mit vorrangig sozio- und milieutheraapeutischen Angeboten und eine gemischtgeschlechtliche Station.
Hinzuzurechnen sind eine offen geführte Station und offene Wohngemeinschaften insbesondere zur Entlassungsvorbereitung und zur Anbindung an ambulante Hilfen einschließlich der psychiatrischen Institutsambulanz Forensik.

2. Psychiatrische Institutsambulanz Forensik / Forensische Nachsorge einschließlich betreuter Wohnangebote

Die Psychiatrische Institutsambulanz Forensik (PIA-Forensik) und betreute Wohnangebote im Rahmen der Forensischen Nachsorge sind ein wichtiges „Vermittlungsinstrument“ zwischen stationärer Behandlung und Entlassung aus dem Maßregelvollzug. Bestand anfangs die Funktion hauptsächlich darin, Patientinnen und Patienten psychiatrisch weiter zu betreuen, bei denen die Maßregel zur Bewährung – verbunden mit Führungsaufsicht - gerichtlich ausgesetzt wurde, ist inzwischen als weitere Aufgabe auch die Funktion hinzugekommen, Patientinnen und Patienten, die sich unter noch laufender Maßregel im sogenannten „offenen Maßregelvollzug“ befinden, engmaschig weiter zu betreuen und zu behandeln. Diese Patientinnen und Patienten werden in der Regel in betreute Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege entlassen, die eng mit der forensischen Klinik zusammenarbeiten. Damit verbunden ist die Supervision und Beratung der in den betreffenden Einrichtungen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch die Forensische Nachsorge. Jahresdurchschnittlich werden gegenwärtig ca. 80 Patientinnen und Patienten im Rahmen der Forensischen Nachsorge betreut und behandelt.

3. Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen und geistiger Behinderung (Intelligenzminderungen)

Seit Anfang des Jahres 2006 erfolgt die Behandlung dieser Gruppe z. Zt. ausschließlich männlicher forensischer Patienten (jahresdurchschnittlich ca. 7 Patienten) im Rahmen einer gemischtgeschlechtlichen Station gemeinsam mit den forensisch untergebrachten jahresdurchschnittlich 7 Frauen. Dieses Vorgehen entspricht den konzeptionellen Überlegungen und deckt sich mit positiven Erfahrungen aus anderen forensischen Kliniken. Die Umsetzung hat sich bewährt. Diese Patientengruppe mit

kognitiven Einschränkungen und einer geistigen Behinderung bedürften nur zum Teil eines hochgesicherten und spezifischen forensischen Behandlungsrahmens, wenn es mit tagesstrukturierenden Maßnahmen ausgestaltete besetzte geschlossene Heimplätze in Bremen gäbe.

4. Longstay-Bereich

Auf dieser Station befinden sich überwiegend Patienten, die für ein forensikspezifisches Behandlungsprogramm nicht mehr zugänglich sind. Nach anfänglichen Ressentiments wurde die Longstaystation inzwischen gut von der Mehrzahl der dort untergebrachten jahresdurchschnittlich 18 Patientinnen und Patienten angenommen. Der Ersatz vorwiegend psychotherapeutischer Behandlungsmethoden durch intensive soziotherapeutische Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der sozialen Kompetenz, des Konfliktverhaltens und der Empathiefähigkeit ausgerichtet sind, zeigt positive Effekte. Auch aus dieser Patientengruppe könnten einige in eine intensiv betreute Heimeinrichtung wechseln, die einen geschlossenen Wohnbereich mit vorhält.

5. Bildung, Arbeit und Beschäftigung

Ein weiterer Schwerpunkt liegt im Ausbau des Bildungsbereiches sowie der Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Sowohl die Angebotspalette als auch die Gesamtstundenzahl der patientenbezogenen Therapien ließ sich zwischenzeitlich deutlich erweitern. Es bestehen inzwischen Kooperationen mit der Erwachsenenschule Bremen und anderen Trägern von Bildungseinrichtungen.

Zukünftig wird die Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie auch als Ausbildungsstätte im Bereich des Tischlereihandwerks genutzt. Betriebsübergreifende Kooperationsmodelle sowie innerbetriebliche Personalentwicklungsmaßnahmen ließen sich dabei unter Beachtung sicherheitsrelevanter Vorgaben umsetzen.

Beschwerdemöglichkeiten der Patientinnen und Patienten der Forensik

Die Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzuges haben nach § 37 PsychKG ein Beschwerderecht. Sie können sich danach mit Wünschen, Anregungen und Beschwerden in allen Angelegenheiten, die sie betreffen, an den ärztlichen Leiter der Einrichtung aber auch an die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales wenden. Nach den §§ 27, 28 und 29 PsychKG haben sie auch das Recht, sich an andere Stellen wie beispielsweise an die Besuchskommission nach dem PsychKG mit Beschwerden und Anregungen zu wenden.

Dauer der Unterbringung im Maßregelvollzug

Aus den beiden nachfolgenden Tabellen ist zu entnehmen, dass sich zwar bei der Stichtagsbetrachtung der Erhebungsjahre 2007 bis 2009 in den jeweiligen Zeitkategorien eine Zunahme zeigt (siehe Tabelle 37) aber bei Be trachtung der Beendigungen des Maßregelvollzuges über den Zeitraum der drei Erhebungsjahre hinweg (siehe Tabelle 39) eine Steigerung der Anzahl der Patientinnen und Patienten zu verzeichnen ist, bei denen der Maßregelvollzug beendet wurde. Es liegt die Annahme nahe, dass diese positive Entwicklung auf Grund der sich stetig verbesserten Nachsorgearbeit (ein-

schließlich PIA-Forensik und Betreutes Wohnen der freien Träger) möglich wurde.

Tabelle 37: Unterbringungsdauer ab Rechtskraft des Urteils bzw. ab Beginn des Vollzugs der Maßregel am Stichtag 31.12. für die Jahre 2007-2009⁶¹

| Anzahl der Patienten nach §§ 63 und 64 StGB im Maßregelvollzug | | | |
|--|---|---|---|
| a) § 63 StGB: Unterbringungsdauer | Anzahl Patienten am Stichtag 31.12.2007 | Anzahl Patienten am Stichtag 31.12.2008 | Anzahl Patienten am Stichtag 31.12.2009 |
| bis < 2 Jahre | 26 | 28 | 24 |
| 2 - < 4 Jahre | 24 | 26 | 25 |
| 4 - < 6 Jahre | 7 | 16 | 22 |
| 6 - < 8 Jahre | 6 | 6 | 7 |
| 8 - < 10 Jahre | 7 | 7 | 7 |
| 10 Jahre und mehr | 20 | 27 | 26 |
| Gesamt | 90 | 110 | 111 |

Tabelle 38: Unterbringungsdauer ab Rechtskraft des Urteils bzw. ab Beginn des Vollzugs der Maßregel am Stichtag 31.12. für die Jahre 2007-2009⁶²

| Anzahl der Patienten nach §§ 63 und 64 StGB im Maßregelvollzug | | | |
|--|---|---|---|
| b) § 64 StGB: Unterbringungsdauer | Anzahl Patienten am Stichtag 31.12.2007 | Anzahl Patienten am Stichtag 31.12.2008 | Anzahl Patienten am Stichtag 31.12.2009 |
| bis < 1 Jahre | 14 | 7 | 16 |
| 1- < 2 Jahre | 12 | 12 | 6 |
| 2 Jahre und mehr | 1 | 4 | 9 |
| Gesamt | 27 | 23 | 31 |

Tabelle 39: Durchschnittliche Unterbringungsdauer ab Rechtskraft des Urteils bzw. ab Beginn des Vollzugs der Maßregel in Tagen bei denjenigen, bei denen der Vollzug der Unterbringung nach §§ 63 und 64 StGB in den jeweiligen Jahren 2007, 2008 und 2009 beendet wurde⁶³

| Rechtsgrundlagen | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
|------------------|--------------------------------------|--------|--------------------------------------|--------|--------------------------------------|--------|
| | Maßregelvollzug Ø Dauer (Tage) | Anzahl | Maßregelvollzug Ø Dauer (Tage) | Anzahl | Maßregelvollzug Ø Dauer (Tage) | Anzahl |
| § 63 StGB | 2.604 | 6 | 2.181 | 12 | 4.083 | 9 |
| § 64 StGB | 699 | 5 | 858 | 11 | 784 | 10 |

Diagnosespektrum und wesentliche Delikte

Zu den Delikten ist festzustellen, dass es sich im Wesentlichen bei der Art der Delikte, die auf Grund einer für die Straftat ursächlich verantwortlichen psychischen Erkrankung (§ 63 StGB) bzw. Suchterkrankung (§ 64 StGB) zu einer Maßregelvollzugsbehandlung per Gerichtsbeschluss führten, um Straftaten gegen das Leben, Sexualdelikte, Brandstiftung, Körperverletzung sowie Erpressung und Raub handelt.

⁶¹ Quelle: Jahresberichte der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 2007-2009

⁶² Quelle: Jahresberichte der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 2007-2009

⁶³ Quelle: Jahresberichte der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 2007-2009

Dem Diagnosespektrum gemäß Tabelle 40 ist zu entnehmen, dass hauptsächlich schizophrene Störungen und Persönlichkeitsstörungen im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung in den Erhebungsjahren 2007 bis 2009 zu verzeichnen sind.

Tabelle 40: Diagnosespektrum in den Erhebungsjahren 2007-2009⁶⁴

| PatientInnenmerkmale | | | |
|---|------------|------------|------------|
| Diagnosen nach ICD-10 bzw. Komorbiditäten | 2007 | 2008 | 2009 |
| hirnorganische Störung (F0) | 0 | 0 | 0 |
| schizophrene Störung (F2) | 21 | 23 | 19 |
| affektive Störung (F3) | 0 | 1 | 0 |
| Persönlichkeitsstörung (F60-F63) | 12 | 11 | 10 |
| Intelligenzminderung (F7) | 1 | 2 | 1 |
| primäre Sucht (F1) | 21 | 13 | 21 |
| Störungen der sexuellen Orientierung (F65-F66) | 0 | 0 | 0 |
| Persönlichkeitsstörung und Sucht (F60-F63, F1) | 23 | 31 | 28 |
| Persönlichkeitsstörung und Störung der sexuellen Orientierung (F60-F63, F65-F66) | 4 | 6 | 7 |
| Persönlichkeitsstörung und intellektuelle Minderbegabung (F60-F63, Z7) | 3 | 3 | 1 |
| schizophrene Störung und Sucht (F2, F1) | 24 | 32 | 33 |
| schizophrene Störung und Störung der sexuellen Orientierung (F2, F65-F66) | 2 | 1 | 1 |
| schizophrene Störung und intellektuelle Minderbegabung (F2, F7) | 3 | 4 | 4 |
| intellektuelle Minderbegabung und Sucht (F7, F1) | 0 | 0 | 1 |
| intellektuelle Minderbegabung und Störung der sexuellen Orientierung (F7, F65-F66) | 2 | 1 | 1 |
| andere Diagnosen bzw. andere Formen von Multimorbidität | 16 | 25 | 24 |
| keine Diagnose | 0 | 0 | 0 |
| gesamt | 132 | 153 | 151 |

Zukünftige Handlungsfelder

Die Abdeckung des in den zurückliegenden Jahren gestiegenen Platzbedarfs machte nach 2006, wie bereits weiter vorn angesprochen, keinen weiteren Ausbau der Platzkapazitäten mehr erforderlich. Das gelang insbesondere durch den aus fachlicher Sicht gewünschten Ausbau und einer damit verbundenen Weiterentwicklung der forensischen Nachsorge einschließlich forensischer Institutsambulanzleistungen. Flankierend erfolgte der Ausbau komplementärer Betreuungsangebote im Nachgang zur vollstationären Behandlung und Sicherung forensischer Patientinnen und Patienten.

Diese Form der Ambulantisierung der forensischen Psychiatrie ist unter Berücksichtigung der zum Schutze der Allgemeinheit gebotenen Sicherheitsaspekte fortzuführen.

⁶⁴ Quelle: Jahresberichte der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, 2007-2009

Die Nachsorge ist auf dem Wege zur Weiterentwicklung ambulanter Hilfen von zentraler Bedeutung. Sie ist sowohl aus therapeutischer als auch aus struktureller Sicht ein wichtiger Bereich für eine fortschrittliche forensische Psychiatrie. Die Nachsorge trägt zu einer weitgehenden Differenzierung von Behandlungsmöglichkeiten und im weitesten Sinne damit zur Prävention bei, wie auch zur Entlastung des vollstationären Bereichs der Forensik durch Verweildauerverkürzungen in entsprechend indizierten Fällen.

Aufgrund der durch den Neubau möglichen Erweiterungen der Behandlungs- und Betreuungskonzepte ließ sich der Bereich der forensischen Nachsorge räumlich ausbauen und inhaltlich weiterentwickeln. Zusätzlich gelang es, Institutsambulanzleistungen nach dem SGB V für forensische Patientinnen und Patienten vorhalten zu können und damit den Bereich der Nachsorge um ein tragendes Element zu erweitern. Aktuell nutzten ca. 80 Patientinnen und Patienten die forensische Nachsorge einschließlich der Institutsambulanz.

Heimwohnen für Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzuges

Aus der vollstationären Maßregelvollzugsunterbringung heraus können geeignete Patientinnen und Patienten im Rahmen der Forensischen Nachsorge nach einer Erprobungsphase innerhalb der Forensik in betreute Wohnangebote frei gemeinnütziger Träger wechseln. Im Verlaufe der Jahre wurden spezifische forensische Wohnangebote im Rahmen des Betreuten Wohnens über das Gebiet der Stadtgemeinde Bremen hinweg aufgebaut.

Für einzelne Patientinnen und Patienten der Forensik, wie beispielsweise aus dem Bereich der Longstaystation, die den hochgesicherten und spezifischen forensischen Behandlungsrahmen im Grunde nicht mehr benötigen, aber dennoch eine stark strukturierte und eingegrenzte Umgebung bräuchten, fehlen spezielle Betreuungsangebote. Zu prüfen wäre, inwieweit ein geschlossener Bereich innerhalb eines Wohnheimes für psychisch kranke Menschen ein geeigneter Ort für die weitere Betreuung dieser Klientengruppe sein könnte. Es gibt im Lande Bremen bislang keine derartige Einrichtung, obwohl es dafür einen Bedarf nicht nur aus dem Bereich des Maßregelvollzuges zu geben scheint, sondern auch aus dem Bereich der stationären Allgemeinpsychiatrie.

Bei der Prüfung sollte von der Prämisse ausgegangen werden, dass die Nutzung einer bereits bestehenden Heimeinrichtung eben auch für psychisch kranke oder suchtkranke forensische Patientinnen und Patienten vorzusehen wäre. Die Einrichtung sollte so gestaltet sein, dass ein geschlossen zu führender Bereich gesondert herzustellen ist. Zudem muss eine Perspektive für die dort zu betreuenden Klienten bestehen, den geschlossenen Bereich auch wieder verlassen zu können.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Palette der Maßnahmen und Entwicklungen der vergangenen Jahre und Jahrzehnte in der Psychiatrie, hier speziell im Maßregelvollzug, dazu beigetragen hat, dass für psychisch kranke und suchtkranke Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung straffällig geworden sind, mittlerweile ein Unterbringungsrahmen geschaffen werden konnte, der dem gesetzlich vorgegebenem Ziel der Besserung größtmöglichen Erfolgsschancen bietet und gleichzeitig der Bevölkerung größtmöglichen

Schutz durch eine Reduzierung von Rückfallrisiken und durch angemessene Sicherungsmaßnahmen.

4.3 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

Hintergrund

Psychiatrische Kliniken für Kinder und Jugendliche unterscheiden sich in einigen Aspekten von der Allgemeinpsychiatrie: Im Hinblick auf das Klientel ist bei psychischen Störungen im Kindesalter – stärker als bei einem Teil der Patienten in der Allgemeinpsychiatrie, die als chronisch krank diagnostiziert sind – grundsätzlich von einer Entwicklungsoffenheit und damit einer vorübergehenden, beeinflussbaren Beeinträchtigung auszugehen. Es lässt sich häufig nicht eindeutig unterscheiden, ob eine Störung eher im Sinne einer Verhaltensauffälligkeit oder im Sinne von ‚Krankheit‘ anzusehen ist und ob vordringlich Beratungs-, Erziehungs- oder Behandlungsbedürftigkeit besteht. Häufig sind Interventionen auf mehreren Ebenen nötig, daher besteht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) ganz besonders dringlicher Kooperationsbedarf an den Schnittstellen, insbesondere zur Jugendhilfe, aber auch zum Bildungsbereich und zur Jugendgerichtsbarkeit. Und daher folgen Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen heutzutage einem doppelten Auftrag: neben der ärztlichen/ psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinn gilt das Stationsmilieu mit pflegerischer und pädagogischer Ausrichtung als mindestens ebenso wichtiger therapeutischer Faktor. Kinder, ihre Problematiken, Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten werden zudem grundsätzlich im Kontext ihrer Familie betrachtet; der Anspruch, diese soweit als möglich in die Behandlung einzubeziehen, ist eine weitere Besonderheit der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Das neue Konzept der Gesundheit Nord gGmbH sieht vor, den Standort am KBO zu belassen, jedoch die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen der an allen vier GENO-Kliniken zu schaffenden Eltern-Kind-Zentren vorzuhalten. Dabei wird es darauf ankommen, eine ‚Zwei-Klassen-Psychiatrie‘ von ‚leichten‘ psychiatrischen Fällen in der Psychosomatik und ‚schweren‘ in der KJP zu verhindern. Zum anderen sollten möglichst viele insbesondere jüngere Kinder eine kindgerechte, familien- und lebensfeldorientierte Versorgung in der Region erhalten.

4.3.1 Ambulanter Bereich

Daten und Fakten

Die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen galt bundesweit über lange Zeit als unzureichend. Daher wurde im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-ORWG) Ende 2008 eine Anhebung der Quote der zugelassenen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten beschlossen. Entsprechend der Prävalenz psychischer Störungen in der jugendlichen Bevölkerung sollen statt ehemals 10% nun 20% der Psychotherapeuten für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen qualifiziert und für die Versorgung verfügbar sein.

Im Vergleich mit anderen Bundesländern weist das Land Bremen eine deutlich überdurchschnittliche Versorgungsdichte auf, im Vergleich mit andren Ballungsräumen jedoch nur eine geringfügig höhere. Kritisch anzumerken ist die räumliche Konzentration der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den besser situierten Stadtvierteln und in Stadtteilen mit hohem Akademikeranteil, wohingegen Quartiere mit hoher Anzahl sozial benachteiligter Familien unversorgt sind, was die Zugangsschwelle zur kinder- und jugendpsychiatrischen und – psychotherapeutischen Behandlung erschwert.

Die Gruppe der Kinder- und Jugendpsychiater, die diese Klientel ebenfalls versorgt, ist bundesweit sehr klein; in Bremen-Stadt stehen 15 niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater in 12 Praxen zur Verfügung, in Bremerhaven zwei in einer gemeinsamen Praxis, die insgesamt wegen der geringen Bevölkerungsgröße des Landes eine bundesweit überdurchschnittlich gute Versorgungsquote bewirken.

Im Rahmen einer bundesweit gültigen Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband können Kinder und Jugendliche mit komplexen sozialpädiatrischen und –psychiatrischen Problemlagen alternativ zu einer stationären Behandlung längerfristige, multiprofessionelle Behandlung in einer pädiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. nervenärztlichen Praxis mit entsprechender Qualifikation und Genehmigung in Anspruch nehmen. Die Kinder mit entsprechend komplexem Behandlungsbedarf werden in den Praxen mit SPV interdisziplinär medizinisch-psychiatrisch, psychologisch, pädagogisch und heilpädagogisch versorgt. Im Land Bremen nehmen insgesamt neun Kinder- und Jugendpsychiater an der SVP teil; in der Stadtgemeinde Bremen sind sechs dieser Ärzte in vier Praxen tätig, in der Stadtgemeinde Bremerhaven drei in einer Praxis.⁶⁵

Zukünftige Handlungsfelder

Für Kinder und Jugendliche in der Entwicklung sind längere Wartezeiten auf einen Therapieplatz nicht zumutbar. Auch wenn sich laut einer Umfrage der Psychotherapeutenkammer Bremen in 2009 die Wartezeiten von drei bis fünf Monaten in 2000/2001 auf knapp drei Monate in 2009 reduziert haben, sollte seitens der Psychotherapeutenkammer in naher Zukunft erhoben werden, inwiefern die neue Quotierungsregelung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten diese Situation zufriedenstellend behoben hat.

Der Mangel an therapeutischen Praxen in Bremen-Nord und insbesondere in Stadtteilen, in denen ein großer Teil der Bevölkerung sozial und psychosozial benachteiligt ist, wirkt sich für Kinder und Jugendliche und deren Familien besonders gravierend aus. Längere Anfahrtswege in „fremde“ Stadtviertel überfordern viele Kinder und Eltern aus unteren Sozialschichten im Hinblick auf Zeitaufwand, finanzielle Mittel und soziale Hemmschwellen, so dass Psychotherapie nicht in Anspruch genommen wird. Hier sollten Psychotherapeutenkammer und Kassenärztliche Vereinigung entsprechende Anreize und Steuerungsmodelle entwickeln.

⁶⁵ Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, 2010

4.3.2 Sozialpsychiatrischer Dienst für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KIPSY)

Daten und Fakten

Die ambulante Beratungsstelle am Gesundheitsamt Bremen bietet im Rahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) individuelle Diagnostik, Beratung, Krisenintervention und Weitervermittlung von Kindern/Jugendlichen mit seelischen Störungen im Alter bis zu 21 ggf. bis 27 Jahren und ihren Familien an. Darüber hinaus leistet sie Fachberatung für beteiligte Institutionen wie Kindertagesstätten, Schulen und das Jugendamt (Amt für soziale Dienste, Abt. Junge Menschen – im Folgenden Jugendamt) und erstellt Gutachten. Im Gegensatz zu Abläufen im niedergelassenen und stationären Bereich ist die KIPSY nicht ausschließlich auf Komm-Struktur ausgerichtet, sondern bietet auch Hausbesuche und aufsuchende Beratung/Betreuung für Kinder und Familien mit hohen Zugangsschwellen an.

In die KIPSY ist eine Psychiatrische Institutsambulanz integriert, die im Sinne des SGB V Diagnostik und Krankenbehandlung durchführt.

4.3.3 Psychiatrische Institutsambulanz

Es gibt eine nach dem SGB V für Diagnostik und Behandlung zur Verfügung stehende kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz in der Stadtgemeinde Bremen, die in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am KBO verortet ist und im Sinne einer Dependance auch entsprechende Leistungen in der KIPSY vorhält. Die Ambulanz übernimmt am KBO neben Leistungen der Diagnostik, ambulanten Beratung/Therapie auch Aufgaben der Weitervermittlung sowie der vor- und nachstationären Begleitung und fungiert als Bindeglied zwischen ambularem und stationärem Bereich. In Bremerhaven steht an der Tagesklinik Virchowstrasse ebenfalls eine kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanz zur Verfügung.

Seitens der Klinik werden mit den Jugendhilfe-Trägern, die fremdplazierte Kinder und Jugendliche in stationären Wohnformen versorgen, regelmäßige Beratung und Fallbesprechungen für diejenigen ihrer Patienten, die psychische bzw. psychiatrische Störungen aufweisen oder den Verdacht darauf nahelegen, durchgeführt.

4.3.4 Stationärer Bereich

Die Klinik für kinder- und Jugendpsychiatrie des Klinikum Bremen-Ost versorgt mit 50 vollstationären Plätzen das Land Bremen (84% aller Behandlungsfälle sind Bremerinnen und Bremer, in 2008) und Teile des niedersächsischen Umlands (16%).

Acht tagesklinische Plätze in der Stadt Bremen und zehn in Bremerhaven – beide unter der Leitung des Chefarztes der Klinik für kinder- und Jugendpsychiatrie am KBO - stehen zusätzlich für die regionale teilstationäre Versorgung in den beiden Städten zur Verfügung. Aktuell wird in enger Zusammenarbeit mit der Klinik für KJP am KBO ein Konzept für den Ausbau der teilstationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Bre-

merhaven entwickelt, das künftig weitere zehn Plätze, davon fünf für Jugendliche, an der Tagesklinik Virchowstraße in Bremerhaven vorhalten soll. Die Klinik für KJP am KBO sieht außerdem am BHZ Bremen-Nord den Aufbau eines kinder- und jugendpsychiatrischen Standorts in Form einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz, sowie insgesamt 15 tagesklinischer Plätze – aufgeteilt auf zwei Behandlungseinheiten für insgesamt zehn Kinder und eine Behandlungseinheit für fünf Jugendliche – vor.

Tabelle 41: Entwicklung der voll- und teilstationären Behandlungsplätze (Landeskrankenhausplanung 2006-2009)

| Kinder- und Jugendpsychiatrie | vollstationär | teilstationär | gesamt | minderjährige Einwohner pro voll- und teilstationärem Bett/Platz ⁶⁶ | voll- und teilstationäre Betten pro 100.000 Einwohner |
|--|---------------|---------------|--------|--|---|
| Land Bremen ⁶⁷ | 50 | 8+10 | 68 | 1525 | 65,57 |
| Bremen Klinikum Bremen-Ost | 50 | 8 | 58 | - | - |
| Bremerhaven TK Virchowstr. ⁶⁸ | - | 10 | 10 | - | - |

Für forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie sind im Land Bremen wie in den meisten anderen Bundesländern aufgrund des geringen Bedarfs keine speziellen Betten und Fachabteilungen ausgewiesen.

Zukünftige Handlungsfelder

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote haben sich in den letzten Jahren bundesweit und in Bremen erhöht und ausdifferenziert: in Bremen ist dies z.B. sichtbar am Anstieg der stationären Behandlungsplätze oder der Einrichtung der Psychiatrischen Institutsambulanz und der Tageskliniken. Diese Entwicklung ist gegenläufig zum Trend in der Allgemeinpsychiatrie und auch zur demografischen Entwicklung. Sie erklärt sich teilweise aus der großen Lücke zwischen Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme, die inzwischen, wenn auch nur allmählich, aufgeholt wird: So erhielten Ende der 90er Jahre nur 17% der Jugendlichen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen auch eine Therapie, davon nur jeder zweite (9%) in einer adäquaten Form. Die heutige Inanspruchnahme wird immer noch mit 50% zu niedrig gegenüber den Prävalenzraten bewertet. Außerdem war bundesweit lange Zeit von einer Fehlbelegung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in der Inneren Medizin, der Pädiatrie oder der Allgemeinpsychiatrie auszugehen.

Der verstärkte Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote und die verbesserte Vernetzung zwischen KJP, Kinderärzten, Schule und Jugendhilfe sowie die verstärkte positive Medienpräsenz kinder- und jugendpsychiatrischer Themen und damit eine Entstigmatisierung in den letzten Jahren haben eine kontinuierliche Verbesserung der Unter- und Fehlversorgung bewirkt.

⁶⁶ Berechnet mit Daten des Statistischen Landesamtes Bremen: Gesamtbevölkerung 0-18 Jahre, 2007. Die bevölkerungsbezogenen Darstellungen können nur für das Land Bremen erfolgen, da die vollstationären Plätze für die Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven gemeinsam vorgehalten werden.

⁶⁷ Daten aus dem Landeskrankenhausplan 2006-2009 (Zahlen für 2009)

⁶⁸ Website der Klinik

Der Gruppe der Suchtmittel konsumierenden Jugendlichen, insbesondere solcher mit komorbidem psychiatrischen Störungen und mehrfachen sozialen Belastungen sollte in Zukunft besondere Aufmerksamkeit zuteil werden. Derzeit befindet sich für diese spezielle Risikogruppe eine Jugendsuchtberatungsstelle im Aufbau, die an der KIPSY am Gesundheitsamt Bremen verortet sein wird.

Bei komplexem Hilfebedarf ist eine gemeinsame Falldefinition von Gesundheitsamt (GA), Jugendamt (JA), Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP), Schule, Berufsausbildungssystemen nötig. Insbesondere die Schnittstellen zwischen KJP (Gesundheit) und Jugendhilfe sollten weiter intensiviert werden. In den letzten Jahren wurden bereits zahlreiche Vereinbarungen zwischen dem Amt für Soziale Dienste (AfSD) und der KJP getroffen, die sich besonders bewährt haben bei der Bewältigung der ‚prekären Fälle‘, also schwieriger Jugendlicher mit Tendenzen zu Verwahrlosung und Kriminalität mit intensivem Hilfebedarf auf vielen Ebenen; dieser Weg der engen, auch durch persönliche Kontakte stabilisierten, strukturierten Kooperation sollte weiter ausgestaltet werden.

Als Instrumente für gute Kooperation bieten sich gemeinsame Fortbildungen (Kasuistik, Fallsupervision, ggf. Hospitation), Verständigung über diagnostische Grundlagen und Dokumentation, Festlegung von Fallverantwortlichkeit, gemeinsame Beteiligung an Fallkonferenzen, gemeinsame Zielvereinbarung bei der Hilfeplanung mit Gestaltung der Übergänge an den Schnittstellen zwischen den Systemen an.

Als konstruktives, gestaltendes Element der Kooperation hat sich in den letzten Jahren der Fachausschuss Kinder- und Jugendpsychiatrie der Zentralen Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen (ZAG) bewährt, der die relevanten Akteure in regelmäßige verbindlicher Zusammenarbeit einbindet, Schnittstellenprobleme gezielt bearbeitet und innovative Entwicklungen vorantreibt.

Anhang

Rechtliche Grundlagen im historischen Abriss

Zu den zentralen Forderungen der Psychiatrie-Enquête der Bundesregierung zählten die

- Gleichstellung mit somatisch erkrankten Menschen,
- der Vorrang der Entwicklung teilstationärer, ambulanter und komplementärer Versorgungsstrukturen mit dem Ziel der Verbesserung der sozialen Situation und im Ergebnis dieser Vorhaben,
- eine möglichst weitgehende Integration insbesondere chronisch psychisch kranker und suchtkranker Menschen in gemeindenaher Lebensbezüge.

Zur Zielerreichung gehörte unter anderem, auch die gesetzlichen Vorgaben zur Neuausrichtung der Versorgung weg von einer Verwahrpsychiatrie hin zu einer gemeindenahen Versorgung anzupassen. Die Weiterentwicklung der rechtlichen Vorgaben dient in diesem Sinne auch der Qualitätsentwicklung und -sicherung der Hilfen und Maßnahmen.

Die Hilfen waren so auszurichten, dass sie den psychisch kranken und suchtkranken Menschen ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben in der Gemeinschaft ermöglichen.

Zur Umsetzung der Forderungen waren im Kern folgende Weiterentwicklungen der gesetzlichen Grundlagen sowohl auf Bundes- wie auch auf Landesebene von Bedeutung:

- Die Berücksichtigung psychisch kranker und suchtkranker Menschen bei der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) mit dem Ziel der Gleichstellung durch Schaffung beitragsfinanzierter auf die spezifischen Bedürfnisse zugeschnittene Behandlungs- und Rehabilitationsangebote und
- die Weiterentwicklung des Sozialhilferechts (insbesondere SGB XII, IX und II) mit dem Ziel der Verbesserung der sozialen Stellung durch Schaffung entsprechender Hilfen wie einer angemessenen materiellen Absicherung, betreuter Wohn- und tagesstrukturierender Angebote und der Berücksichtigung von Maßnahmen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung.
- Die Neufassung der landesgesetzlichen Regelungen, in Bremen durch Überarbeitung des PsychKG und des Maßregelvollzugsgesetzes.
- Die Weiterentwicklung besonderer gesetzlicher Rahmenbedingungen für den Kreis psychisch kranker und suchtkranker Straftäter durch Anpassung des Strafgesetzbuches (StGB) und der Strafprozeßordnung (StPO).

1. Gleichstellung mit somatisch Kranken durch Weiterentwicklung des SGB V

Wesentlich bei der Gleichstellung ist, dass psychisch kranke und suchtkranke Menschen die Möglichkeiten zur fachgerechten Behandlung ihrer psychischen Erkrankung bzw. Suchterkrankung erhalten, wie es für die Behandlung somatischer Erkrankungen in der GKV völlig selbstverständlich ist. Dazu mussten Angebotsformen entwickelt und Wege aufgezeigt werden, die den Zugang zu den Hilfen erleichtern und vor allem das Spektrum ambulanter Behandlungs- und Betreuungsangebote verbesserten.

- Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen**

Am 01.05.2002 trat das Bundesgleichstellungsgesetz (BGG) in Kraft. Mit diesem Bundesgesetz wird umfassend der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen begegnet und dadurch zu einer weitgehenden Integration sowie zu einer gleichberechtigten Teilhabe psychisch kranker und suchtkranker Menschen am Leben in der Gemeinschaft beigetragen.

- Verbesserung der sozialen Stellung**

Neben der Verbesserung der gesetzlichen Regelungen im SGB V für psychisch kranke und suchtkranke Menschen mussten grundlegende Veränderungen im Bereich der Sozialleistungen vorgenommen werden. Es galt, die rechtlichen Grundlagen dafür zu schaffen, dass qualitativ angemessene und quantitativ ausreichende komplementäre und ambulante Angebote insbesondere von Eingliederungshilfeleistungen wie Betreutes Wohnen, Heimwohnen und tagesstrukturierende Hilfen aber auch materielle Absicherungen wie Hilfen in besonderen Lebenslagen bzw. Hilfen zum Lebensunterhalt und Möglichkeiten von Arbeit und Beschäftigung zur Verfügung stehen. Will man die soziale Stellung behinderter und psychisch kranker und suchtkranker Menschen verbessern, müssen entsprechende Hilfen nicht nur vorhanden, sondern auch gesetzlich eindeutig geregelt sein. Zu wünschen wäre, dass in Zukunft steuer- und beitragsfinanzierte Leistungen mehr und mehr zusammengeführt und aufeinander abgestimmt geleistet werden können und dabei dem psychisch kranken bzw. suchtkranken Menschen je nach Notwendigkeit die gesamte Palette ohne die heute noch vorhandenen Abgrenzungsprobleme zur Verfügung stehen.

2. Sozialgesetzbücher

In Bremen wurden in den vergangenen Jahren auf Grundlage des **SGB XII (Sozialhilfe)** als Leistungen der Eingliederungshilfe umfangreiche Betreuungsangebote für chronisch psychisch kranke und suchtkranke Menschen aufgebaut. Allein im Betreuten Wohnen gibt es mittlerweile mehr als 800 Plätze, im Heimwohnen mehr als 450. Flächendeckende tagesstrukturierende und Arbeits- und Beschäftigungsangebote insbesondere im Bereich beschützender Werkstätten wurden auf dieser Rechtsbasis aufgebaut. Dennoch gilt es, die Palette der unterschiedlichen Hilfen und Maßnahmen unter Qualitäts- und Finanzierungsgesichtspunkten sowie im Hinblick auf das Ziel zu einer möglichst selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung beizutragen, zu prüfen und gegebenenfalls neu auszurichten.

Vor diesem Hintergrund kommt dem Gedanken des Persönlichen Budgets besondere Bedeutung zu. Das Persönliche Budget bedeutet, den betroffenen Leistungsempfängern direkt die notwendigen Mittel zukommen zu lassen, damit entsprechende Leistungen vom Betroffenen selbst eingekauft werden können. Das kommt dem Ziel einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung sehr nahe, birgt aber auch erhebliche Problemstellungen in der Realisierung insbesondere was die Überprüfung der Inanspruchnahme der von den Mitteln zu finanzierenden Hilfen und Maßnahmen anbelangt. Dennoch darf dieser Umstand nicht dazu führen, das Persönliche Budget, das immer noch als „Kann-Leistung“ im Gesetz steht, zu negieren. Insofern ist es zu begrüßen, dass durch den Gesetzgeber vorgesehen ist, ab dem 1.1.2008 im SGB IX das Persönliche Budget als „Soll-Leistung“ festzuschreiben.

Mit dem **SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe)**, das im Juni 2001 in Kraft trat und letztmalig im April 2004 geändert wurde, konnten wesentliche Regelungen für den Kreis behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen zur selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft getroffen werden, die in weiten Teilen von besonderer Bedeutung für psychisch kranke und suchtkranke Menschen sind. Dazu zählen hauptsächlich folgende Regelungen:

- Der Vorrang Prävention gemäß § 3,
- die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach § 4,
- die Leistungen zur beruflichen Teilhabe nach § 6a in Verbindung mit den Regelungen im SGB II „Grundsicherung für Arbeitssuchende“, das am 01.01.2005 in Kraft trat sowie

die Einführung des Persönlichen Budgets nach § 17 in Verbindung mit dem SGB XII § 57 „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“ als neue Möglichkeit zur selbstgesteuerten, individuellen Inanspruchnahme von Hilfen.

In Bremen sind Initiativen ergriffen worden, um auf der Grundlage des SGB IX in Verbindung mit dem **SGB II (Grundsicherung für Arbeit Suchende)** zur Schaffung von Arbeits- und Beschäftigungsstellen möglichst auf dem ersten Arbeitsmarkt oder in regionalen Kleinwerkstätten beizutragen. Bremen beteiligt sich in diesem Zusammenhang an einem bundesweiten Modellprojekt der Aktion Psychisch Kranke zur „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen...“. Alternativen zur Beschäftigung in einer WfbM könnten entstehen und wären ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung einer umfassenden Integration psychisch kranker und suchtkranker Menschen und einem möglichst selbstbestimmten Leben mit eigenen Verdienstmöglichkeiten.

3. Landesgesetzliche Weiterentwicklungen in Bremen

In den zurückliegenden Jahren hatten sich das Rechtsverständnis und der Versorgungsalltag verändert; die Rechtssicherheit für psychisch kranke und suchtkranke Menschen entwickelte sich weiter (Beispiel: Datenschutzgesetzgebung) und die Versorgungsstrukturen veränderten sich entsprechend den Zielen der Psychiatrieenquete von ehemals vollstationären hin zu teilstationären und ambulanten Behandlungs- und komplementären Betreuungsangeboten. Vor diesem Entwicklungshintergrund mussten die gesetzli-

chen Regelungen nicht nur auf Bundesebene angepasst werden. Das führte zur Novellierung des bremischen PsychKG.

- **Das bremische PsychKG**

Am 1. Januar 2001 trat das neue bremische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) in Kraft. Gleichzeitig wurde das seit dem 1. Januar 1984 geltende bremische Maßregelvollzugsgesetz außer Kraft gesetzt. Beide Regelungsbereiche wurden im neuen PsychKG zusammengeführt und damit erstmals ein gemeinsames Gesetz geschaffen, das die Hilfen und Schutzmaßnahmen aller psychisch kranken und suchtkranken Menschen, deren Rechte, die Unterbringung und den Maßregelvollzug regelt.

Hauptargument für die Zusammenführung war, dass für Patientinnen und Patienten beider Bereiche eine weitgehend gleiche Zielsetzung in Behandlung, Rehabilitation und Integration besteht und für beide Gruppen sowohl vorsorgende als auch begleitende und nachgehende Hilfen und Maßnahmen notwendig sind.

Bei allen Parallelitäten der Hilfen wurde allerdings nicht verkannt, dass für den Kreis der Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzuges zum Schutze der Allgemeinheit besondere Sicherheitsvorkehrungen erforderlich und per Gesetz vorzugeben sind. Dieses wurde im neuen PsychKG berücksichtigt.

Außerdem wurden Regelungen zur Einführung eines Landespsychiatrieausschusses und zur Erstellung eines Landespsychiatrieplans auf der Grundlage der kommunalen Psychiatriepläne getroffen. Weiter wurden gesetzliche Vorgaben zur Einführung einer Ansprechperson für alle psychisch kranken und suchtkranken Menschen im Rahmen der Besuchskommission eingearbeitet. Das Bremische PsychKG entwickelte sich damit in Richtung eines Psychiatriegesetzes.

Mit Wirkung vom 28. Juni 2005 wurde das PsychKG zuletzt geändert. Danach wurde den Gerichten die Möglichkeit eröffnet, bei Unterbringungsurteilen die Zurückhaltung in der stationären psychiatrischen Unterbringung auszusetzen und mit ambulanten bzw. teilstationären Behandlungsauflagen zu versehen. Dieses entspricht den Weiterentwicklungen ambulanter und teilstationärer psychiatrischer Behandlungsangebote. Weiter wurden mit dieser letzten Änderung des PsychKG auch die gesetzlichen Möglichkeiten zur Optimierung des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Behörden bei Vorfällen im Zusammenhang mit als gefährlich eingestuften psychisch kranken und suchtkranken Menschen verbessert.

- **PsychKG und Gesetze zur Übertragung von Aufgaben**

Nach den Regelungen des PsychKG wurden Gesetze zur „Übertragung von Aufgaben im Rahmen von Unterbringungen nach § 126a der Strafprozessordnung“ und zur „Übertragung von Aufgaben staatlicher Förderung auf juristische Personen des privaten Rechts“ erforderlich. Die ehemals in kommunaler Trägerschaft geführten Klinika Bremen-Ost und Bremen-Nord sowie das Klinikum Reinkenheide in Bremerhaven wurden in privat-

rechtliche Trägerschaft übertragen. Das betraf somit auch die Psychiatrie einschließlich der Krankenhausversorgung Sucht- und Drogenkranker.

Unterbringungen nach dem PsychKG sowie Maßregelvollzugsbehandlungen in privatrechtlicher Trägerschaft mussten rechtlich abgesichert werden.

Hinzu kam die Übertragung von Drogenhilfeeinrichtungen auf frei gemeinnützige Träger. Auch hierfür musste eine Zuordnung zu entsprechenden Rechtsgrundlagen getroffen werden.

Folgende rechtlichen/vertraglichen Regelungen wurden für die Klinika in Bremen getroffen:

- Mit dem Klinikum Bremen-Ost gGmbH schloss der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales einen Beleihungsvertrag im Dezember 2003. Danach wurde das Klinikum Bremen-Ost ermächtigt, auf Basis von § 3 Absatz 4 und § 13 Absatz 1 PsychKG sowie auf der Grundlage des Gesetzes zur Übertragung von Aufgaben im Rahmen von Unterbringungen nach § 126a StPO, Unterbringungen nach dem PsychKG und den Maßregelvollzug im Land Bremen durchzuführen.
- Auch mit Klinikum Bremen-Nord gGmbH, in dem Unterbringungen nach dem PsychKG stattfinden, wurde auf gleicher Rechtsgrundlage ein entsprechender Beleihungsvertrag im Dezember 2003 für diesen Aufgabenbereich abgeschlossen.
- Im Juli 2006 folgte eine entsprechender Vertrag mit dem Klinikum Reinkenheide gGmbH in Bremerhaven zum Vollzug von Unterbringungen nach dem PsychKG.
- Bereits im Juni 2002 wurde das privatrechtliche psychiatrische Ameos Klinikum Dr. Heines auf Grundlage des § 13 PsychKG zur Durchführung von Unterbringungen drogenkranker Patientinnen und Patienten vom Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales bestimmt.
- Im Bereich der Drogenhilfe wurde gemäß des „Gesetzes zur Übertragung von Aufgaben staatlicher Förderung auf juristische Personen des privaten Rechts“ vom Mai 1998 auf Grundlage des § 6 ab 2004 die Übertragung der Drogenhilfeeinrichtungen auf frei gemeinnützige Träger in Bremen vorgenommen.

4. Besondere gesetzliche Regelungen für den Maßregelvollzug

Zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen auf Bundesebene im Bereich der Behandlung und Sicherung psychisch kranker Straftäter hat es ebenfalls Veränderungen in den zurückliegenden Jahren gegeben bzw. sind Gesetzesvorhaben in Vorbereitung:

• Nachträgliche Sicherungsverwahrung

Das Gesetz zur Einführung der nachträglichen Sicherungsverwahrung trat am 28.07.2004 mit Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt in Kraft. Bereits Verurteilte können damit unter bestimmten Voraussetzungen auch nach der Verbüßung ihrer Haftstrafe in einer Justizvollzugsanstalt untergebracht werden. Die Sicherungsverwahrung muss nicht mehr vorab im Urteil ange-

ordnet worden sein. Neuregelungen und Ergänzungen im Jugendgerichtsgesetz (JGG) wurden notwendig.

Da in § 66 b Absatz 3 StGB die Anordnung der nachträglichen Sicherungsverwahrung auch für den Fall möglich ist, wenn die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB für erledigt erklärt wurde, weil der krankheitsbedingte Umstand, der zur Unterbringung führte, nicht oder nicht mehr vorliegt, ist auch der Maßregelvollzug von den Änderungen betroffen.

- **Gesetz zur Sicherung der Unterbringung**

Zur Anpassung an geltende Rechtssprechungen und zur Umsetzung notwendiger Regelungen wie beispielsweise dem Vorwegvollzug von Haftstrafen vor der Unterbringung in einer forensischen Klinik sowie zur Schaffung von Möglichkeiten zur genaueren Kapazitätssteuerung des Maßregelvollzuges wurde von den Bundesländern und vom Bundesjustizministerium eine umfassende Strafrechtsreform erarbeitet. Im Mai 2005 brachte die Bundesregierung einen entsprechenden Gesetzesentwurf zur Sicherung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und in einer Entziehungsanstalt ein. Das Gesetz trat mit seiner Veröffentlichung am 19. Juli 2007 in Kraft.

- **Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht**

Zur nachsorgenden Betreuung entlassener Patientinnen und Patienten aus dem Maßregelvollzug, deren Integration sich schwierig gestaltet und die daher eine intensive nachgehende Hilfe und Unterstützung benötigen, dient unter anderem das Instrument der Führungsaufsicht.

Mit der Reform der Führungsaufsicht soll erreicht werden, die Möglichkeiten effizienter zu gestalten und den Angebotskatalog anführungsaufsichtsrechtlichen Maßnahmen zu erweitern. Dazu sollen die rechtlichen Regelungen einfacher und einheitlich gestaltet werden. Zudem wurde eine Palette von Kriseninterventionsmöglichkeiten entworfen, die dazu dienen sollen, schwierige und für den Klienten problematische Entwicklungen rechtzeitig zu erkennen, um ihnen mit entsprechenden Maßnahmen begegnen zu können. Dieses soll letztendlich dazu beitragen, erneute Einweisungen in den Maßregelvollzug zu verhindern. Das Gesetz trat im April 2007 in Kraft.

5. Das Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz

Das bisherige Finanzierungssystem der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhausversorgung nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) ist nicht mehr zeitgemäß, weil wenig flexibel, kaum transparent und nicht ausreichend leistungsbezogen.

Mit dem neuen Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz (KHRG) sollen diese überkommenen Strukturen abgeschafft und das Vergütungssystem neu geregelt werden. Die Organe der Selbstverwaltung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen sind nach dem KHRG aufgefordert, sich auf ein pauschaliertes tagesbezogenes Ent-

geltssystem zu verständigen, das leistungsorientiert die Finanzierung der Krankenhausbehandlung in den genannten Bereichen sicherstellt.

Sollte die Umsetzung wie geplant gelingen, würde mit der neuen Finanzierungssystematik erstmals die strikte Trennung zwischen den unterschiedlichen Leistungsbereichen wie der stationären und ambulanten Behandlung aufgehoben. Das käme nicht nur den Patientinnen und Patienten zugute, sondern wäre unter Finanzierungsgesichtspunkten auch ressourcenschonender, weil die für eine effektive und effiziente Behandlung notwendige Form zeitnah zur Anwendung kommen kann.

Insofern wäre ein erfolgreich umgesetztes KHRG auch hilfreich bei der Konstruktion sehr flexibler Finanzierungsformen wie beispielsweise einem Regionalbudget Psychiatrie.

6. Gesetz zur Ausführung des Zwölften Sozialgesetzbuch (Bre-mAG SGB XII)

Mit dem Gesetz wurde ab dem 1. Januar 2007 die sachliche Zuständigkeit der konkreten Leistungsgewährung auf die örtlichen Träger der Sozialhilfe (Kommune Bremen und Bremerhaven) übertragen. Der überörtliche Träger der Sozialhilfe (Land) ist zuständig für die Sicherung landeseinheitlicher Regelungen und Versorgungsstrukturen. Die Finanzierung ist zukünftig über eine Quotierung geregelt, d.h. Kommunen und Land sind gemeinsam für die Kosten ambulanter, teilstationärer und stationärer Leistungen zuständig. Der Gemeinsame Ausschuss (siehe unter Kapitel 2) koordiniert und stimmt die im Gesetz festgelegten Aufgaben ab.