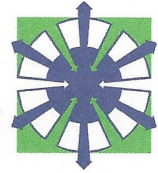


DGSP

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.



DGSP LV Bremen • Waller Heerstr. 193 • 28219 Bremen

**Landesverband Bremen
Geschäftsstelle**

Sven Bechtolf
Waller Heerstraße 193
28219 Bremen

Telefon: 0421 47 877-112
Fax: 0421 47 877-193

gs@dgsp-bremen.de
www.dgsp-bremen.de

Bremen, den 07.04.2016

***Empfehlungen der DGSP LV Bremen e.V. zur Weiterentwicklung
der Psychiatriereform in Bremen***

***in Umsetzung des Bürgerschaftsbeschlusses 2012 für die Jahre 2013 bis 2021, der
Deputationsvorlagen 2014 und 2015 und für die weitere Arbeit der Begleitgruppe nach dem
Landespsychiatrieplan***

Auswertung des Workshops vom 28.01.2016

„Bürgerschaftsbeschluss 2013 -2021 eine Herausforderung für die Bremer Psychiatrie.

**Konzeption und Organisation der Abstimmung im regionalen Verbund – Berichte und Diskussion
über Entwicklungen in Bremen seit der Psychiatriereform 2.0“**

Die Aktion Psychisch Kranke führt in ihrer Stellungnahme zum „strukturierten Dialog“ mit dem Gesundheitsministerium über das noch nicht entschiedene neue Entgeltsystem, dessen 2. Runde am 18.02.2016 stattfand, aus:

„Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben häufig erhebliche Schwierigkeiten, ihre alltägliche Lebensgestaltung und die Teilhabe an sozialen Aktivitäten und an der Gesundheitsversorgung selbstbestimmt zu gestalten. Sie sind für die Sicherung ihrer Grundrechte auf den beson-

deren Schutz der Gesellschaft angewiesen und benötigen nach internationalen Erfahrungen flexibel an den Krankheitsverlauf angepasste, personenzentrierte und ihr Umfeld einbeziehende, Teilhabebezogene Behandlung durch multiprofessionelle Teams. Dazu muss im Zuge der Psychiatriereform mittelfristig die Fragmentierung des deutschen Versorgungssystems durch Bildung Gemeindepsychiatrischer Verbände überwunden werden, in die das Krankenhaus einbezogen wird.“

Auf dieser Grundlage erfolgt auch die Entwicklung in Bremen, einvernehmlich unter fast allen Beteiligten: von Nutzer*innen und Politiker*innen der Bürgerschaft zu den Verantwortlichen des Gesundheitsressorts und den meisten unterschiedlichen Leistungserbringern, wie auf dem von praktisch allen relevanten Beteiligten durchgeführten Workshop der DGSP am 28.01.2016 deutlich wurde.

Bei diesem Workshop fiel hinsichtlich der Teilnehmer*innen nicht nur das breite Feld der aus unterschiedlichen Institutionen und Mitwirkungsbereichen gekommenen Akteur*innen auf, sondern besonders das lebendige Interesse und die mehrfach geäußerte Bereitschaft, sich aktiv an der weiteren Arbeit in Bremen beteiligen zu wollen.

Darüber hinaus haben die geladenen externen Experten (Dr. C. Kieser, Potsdam, stellvertretender Sprecher des „Netzwerks Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung“ (Krankenhäuser mit Modellprogrammen im Sinne des § 64 b SGB V); Dr. S. Stierl, leitender Arzt im Krankenhaus Lüneburg; U. Krüger, Geschäftsführer der Aktion Psychisch Kranke - APK - Bonn) die seit langem gute Aufstellung der Bremer Psychiatriereformbewegung – strukturell und prozessual – gelobt, z.T. mit Bedauern, dass im Vergleich in ihrer Region hier und da noch deutliche Defizite bestünden.

Strukturell hat sich die Aufgliederung der Stadtgemeinde für die Erwachsenenpsychiatrie in 5 Regionen von ca. 100.000 Einwohner*innen bewährt, mit je einem versorgungs- verpflichteten Behandlungszentrum (BHZ) der Gesundheit Nord gGmbH (GENO) und mit (meist) nur einem Träger der Freien Wohlfahrtspflege als Partner; ebenso die Aufteilung der 5 BHZ in drei Kliniken (P1 für Mitte-West, P2 für Süd-Ost, BHZ-KBN für Nord).

Weitere Verbesserungen der Strukturqualität in Richtung verbindlicherer Abstimmung der Behandlung von Menschen mit komplexem Hilfebedarf und schweren psychischen

Erkrankungen sollen durch Vereinbarungen zur integrierten Behandlungsplanung zwischen den regionalen Anbietern im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV), später vielleicht eines Regionalbudgets, erreicht werden, zunächst – im ersten Schritt – für SGB V-finanzierte Leistungen.

Menschen mit komplexem Hilfebedarf brauchen zeitgerechte wirksame Krisenintervention, zu Beginn nach Möglichkeit verbunden mit Home Treatment, und häufig mit langdauernder multiprofessioneller Nachsorge, nicht zuletzt um die in den letzten Jahren in Bremen gestiegenen Zahl von Zwangsunterbringungen zu reduzieren. Die Behandlung wird koordiniert durch eine, in ein Team eingebundene kontinuierlich begleitende therapeutische Bezugsperson. Nach angelsächsischen und skandinavischen Erfahrungen können gerade bei lang dauernden erheblichen Beeinträchtigungen in der selbstbestimmten Lebensführung durch ein „ACT“ (assertive community team) Rezidive mit Wiederaufnahmen ins Krankenhaus oft verhindert werden. Ein Bettenabbau ist sinnvoll und möglich, wenn die aus der Krankenhausbehandlung freigesetzten personellen Ressourcen kompetent und verlässlich im sektorübergreifenden und ambulanten Bereich eingesetzt werden.

Folgende Rückmeldung sandte uns Dr. Kieser kurz nach dem Workshop: „... die politische Ebene ist eindrucksvoll klar, der komplementäre Bereich selbstbewusst, die Klinik muss sich bewegen...“

Ungeklärt blieb ein Widerspruch, der bei der Einführung von Prof. Dr. Reimer in die Chefarzt*innenrunde im Dezember 2015 erstmals zur Sprache kam. Die GENO-Führung wolle im Gegensatz zum Umsetzungsprogramm des Gesundheitsressorts verstärkt „störungsspezifische Spezialstationen“ einrichten. Hierzu soll – so auf dem Workshop dargelegt – Herr Reimer in ca. 6 Monaten ein Konzept vorlegen. Angebote zu dessen kooperativer Erarbeitung in der GENO oder regional wurden nicht beantwortet.

Diese Überlegungen stehen im Gegensatz zu den Vorgaben des Gesundheitsressorts, das in der Deputationsvorlage 2015 ausgeführt hat: „Spezialisierung in der stationären psychiatrischen Versorgung erfordert die Anpassung von Behandlungskonzepten und Behandlungsteams an die speziellen Bedarfe einzelner Patientengruppen, jedoch nicht primär deren Ab-

sonderung auf spezialisierten Stationen.“

Eine stärkere Ausrichtung auf Spezialstationen ist bei der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wegen der zumeist eher nachrangigen Bedeutung diagnosebezogener – insoweit „störungsspezifischer“ – Probleme bei den schwer kranken, vollstationär behandelten Patient*innen zumeist fehlsteuernd, weil sie zu wenig auf die individuelle und lebensweltbezogene therapeutische Begleitung ausgerichtet und oft mit unnötiger Verlängerung der Verweildauer verbunden ist.

Diagnosebezogene störungsspezifische Anteile der Behandlung haben in der Regel das vorrangige Ziel der Symptomreduzierung oder -beseitigung und sind insofern bei jeder Behandlung „spezifisch“ zu berücksichtigen. Dieses Ziel ist aber bei Klient*innen mit schweren Krankheiten und komplexem Hilfebedarf eher nachrangig – der Behandlungserfolg misst sich vor allem an der Besserung von Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit, von nachhaltiger sozialer Kontaktfähigkeit und funktionaler Kompetenz, von Belastbarkeit sowie an der Verminderung von Selbst- und Fremdgefährdung und der Inklusion in das Gemeinschaftsleben. Bei verhältnismäßig sehr viel weniger Patient*innen in der Psychotherapie und Psychosomatik können Spezialstationen dagegen aufgrund der dort einsetzbaren standardisierten Behandlungsprogramme sinnvoll sein.

Als Abgrenzungskriterium sollte deshalb gelten:

- Erwachsene Patient*innen mit komplexem Hilfebedarf und dem vorrangigem Behandlungsziel einer möglichst selbstbestimmten Gestaltung der eigenen Lebensverhältnisse werden im sektorübergreifenden, ambulant-tagesklinisch-vollstationären, regional vernetzten System der regionalen Allgemeinen Psychiatrie behandelt – und zwar unabhängig von ihrem Alter. Denn gerontopsychiatrische Kliniken oder Stationen verstärken die Tendenz zu stationärer Behandlung im Widerspruch zum Auftrag der Inklusion – und zu bestmöglicher Wirtschaftlichkeit des Leistungsgeschehens.
- Für Patient*innen, bei denen die Behandlung diagnosespezifischer Störungen notwendig und weitgehend ausreichend ist, können Spezialstationen eingerichtet werden, wenn die Zahl der in der Versorgungsregion gleichzeitig zu behandelnden Patient*innen dafür aus-

reichend ist. Es handelt sich dabei um Patient*innen mit besonderem psychotherapeutisch-psychosomatischem, mit suchtspezifischem und/oder mit erheblichem somatischen Behandlungsbedarf.

- Bei dem Projekt „Adoleszenten-Station“ der Klinik für Psychosomatik und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (für 8 Patient*innen im Alter zwischen 16 und 22 Jahren, s. Deputationsvorlage 2015, Abschnitt 3.2.) können im Einzelfall Persönlichkeitsentwicklung und Lebensfeldbezug oder aber diagnosebezogene Störungen im Vordergrund stehen. Unter Beachtung ggf. erforderlicher Verknüpfung von vollstationärer, tagesklinischer und ambulanter Behandlung in einem neuen Projekt ist das Budget mit den Krankenkassen gesondert zu verhandeln.

In Kliniken ohne oder mit nur partieller regionaler Pflichtversorgung – oft an Universitäten – sind Stationen häufig traditionell noch zu sehr auf ein diagnosebezogenes Krankheitsmodell und das Ziel der aktuellen Symptomreduktion fokussiert. Meist fehlt es deshalb an Erfahrung, schweres psychisches Kranksein – auch die damit verbundene Einschränkung der Bewältigungskompetenzen einschließlich Selbst- und Fremdgefährdung – in einem umfassenden Lebens- und Entwicklungszusammenhang zu sehen, in dem der Aufbau und eine lang-, zumindest mittelfristige Erhaltung einer Vertrauen stiftenden Beziehung in der therapeutischen Begleitung – auch im Lebensfeld – die wichtigste diagnostische und system-therapeutische Aufgabe ist, mit an den Verlauf angepasster Leistungsdichte und einer kooperativen Steuerungsfunktion für die gesamte Hilfeplanung und -durchführung.

Deren Verwirklichung setzt eine verständnisvolle und wertschätzende Kultur im Umgang aller Beteiligten miteinander voraus, in angemessener Nähe und Distanz in der Zweierbeziehung, im Team, in der Klinik, im GPV unter Einbezug der triadischen Kontaktfelder – Einbeziehung der „Expert*innen aus Erfahrung“, der Angehörigen und der Lebenszusammenhänge in der Versorgungsregion.

Die Versorgungsregion sollte deshalb nicht zu groß, d.h. unübersichtlich, aber auch nicht zu klein, d.h. ohne ausreichende Differenzierungsmöglichkeiten, sein. Die Größe von ca. 100.000 Einwohner*innen als Versorgungsbezirk für ein Behandlungszentrum (BHZ) der Klinik in Zusammenarbeit und Versorgungsverpflichtung mit einem freien Träger hat sich eben-

so bewährt wie – zum Ausgleich von aktuellen, besonderen sektorbezogenen Belastungssituationen – die Zusammenfassung von 2 BHZ zu einer ärztlich und pflegerisch geleiteten Abteilung (P1 und P2; in Bremen-Nord nur ein BHZ wegen stärkerer Entfernung zur Stadtmitte und Mitversorgung von niedersächsischen Randgebieten).

Die gesundheitspolitisch (über den Bürgerschaftsbeschluss 2012) vorgegebene Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen in Richtung verstärkter Regionalisierung einer personenzentrierten und lebensfeldbezogenen Behandlung von Klient*innen mit schweren Erkrankungen – akut, in besonderen Phasen oder auch langdauernd – erfordert eine wirksame Überwindung der Fragmentierung des Leistungsgeschehens.

In diesem Aufgabenbereich ist die GENO besonders gefordert. Das Leistungsgeschehen der übrigen Leistungserbringer ist meist eher auf örtlich, zeitlich und funktional begrenzte Leistungen für definierte Klient*innengruppen ausgerichtet (z.B. Betreutes Wohnen). Es ist z.T. auch abgegrenzt in Bezug auf Alter, Geschlecht und Schwere der Störung, oft auch fokussiert oder eingeschränkt im Hinblick auf die Leistungsdichte oder nur bezogen auf bestimmte Bereiche der Teilhabe und nicht selten verbunden mit besonderen Verfahren der Finanzierung.

Dagegen ist die Verantwortung des Krankenhauses für die Behandlung ganzheitlich auf die aktuelle Lebens- und Krankheitssituation des kranken Menschen bezogen und erfordert hinsichtlich Konzept, Personaleinsatz, Ort und Vorgehen personenzentrierte und lebensweltbezogene, flexible diagnostische und therapeutische Entscheidungen, sowohl bzgl. eines evtl. voll- oder teilstationären Settings – nicht selten zur Abwehr von Selbst- oder Fremdgefährdungen – als auch ggf. für das ganze Spektrum ambulanter Leistungen. Soweit im Einzelfall für definierte Teilleistungsbereiche geboten, ist eine enge Abstimmung mit den dafür zuständigen anderen regionalen Leistungserbringern im Rahmen des Gesamt-Behandlungsplans erforderlich. Dafür müssen in der möglichst überschaubaren Versorgungsregion die notwendigen strukturellen und personellen Voraussetzungen geschaffen sein.

Auf diesem Hintergrund schlagen wir vor, für die Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen auf der Grundlage der bisherigen Vorgaben (Bürgerschaftsbeschlusses 2012, Deputationsvorlagen 2014 und 2015) die folgenden Schritte der Einbeziehung der Erwachsenen-

psychiatrie der GENO im sorgfältigen Zusammenwirken mit den übrigen Leistungserbringern vorzubereiten, zu entscheiden, weiterzuentwickeln und prozessbegleitend zu evaluieren. Die Entwicklung sollte durch das Gesundheitsressort koordiniert werden, unter Mitwirkung insbesondere der Kostenträger, aber auch aller anderen relevanten Beteiligten (z.B. Landesbehindertenbeauftragter, Fachgesellschaften, Besuchskommission, Patient*innenfürsprecher*innen u.ä.). Entscheidungen sind über den Aufsichtsrat abzusichern unter Vorgabe von Aufgabenverteilung, Ressourcen, Zeitplänen und regelmäßigen Überprüfungen.

Dabei sind die folgenden Arbeitsbereiche zu bedenken und in bestmöglicher Abstimmung anzupassen:

1. In jedem BHZ : Aufnahmestation(-en), Akut- und Regeltagesklinik, Sozialpsychiatrischer Dienst (SpsD) und Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) mit Home Treatment, evtl. plus ACT – Prüfung der Zusammenfassung von 2 BHZ zu einer Klinik (mit gemeinsamer chefärztlicher und pflegerischer Leitung)
2. Ausbau des 24h-Krisendienstes (KID) für ganz Bremen mit angemessenen personellen Ressourcen und guter Vernetzung, insbesondere mit den Aufnahmebereichen des KBO und KBN und mit Home Treatment; spätere Überprüfung der Begrenzung des KID auf einzelne BHZ oder Kliniken
3. Prüfung, ob Suchtbehandlung und Psychogeriatric in eine Klinik (oder 2 Kliniken) mit chefärztlicher und pflegerischer Leitung zusammengelegt und die vorhandenen Stationen als Spezialstationen geführt werden sollten, evtl. in konkreter Zusammenarbeit mit den somatischen Bereichen im KBO (z.B. wechselseitige Liaisondienste oder gemeinsame Stations-leitung)
4. Prüfung des Ausbaus der externen, im Stadtteil liegenden Bereiche der BHZ West und Süd, in einer 2. Stufe zu gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ) in Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern in der Region (im jeweiligen GPV); Planung eines Stadtteil-GPZ „Am Hulsberg“ für die jetzige Tagesklinik (TK) Mitte (zukünftig Regel-TK und Akut-TK) und Ambulanz Mitte (SpsD/PIA); im KBO könnte ein GPZ-Ost aus TK, PIA/SpsD-Ost und dem Gesellschaftshaus zusammengeführt werden
5. Im BHZ des KBN erfolgt die schon jetzt fortgeschrittene Weiterentwicklung analog

den BHZ des KBO

6. Der Umstellungsprozess sollte insgesamt und in seinen Anteilen weitgehend budgetbezogen organisiert werden im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen, mit verbindlicher Absicherung der Versorgungsverpflichtung und der dafür angemessenen Personalausstattung (Basis z.Zt. noch Psych-PV, spätere gesetzliche Regelungen nach dem Eckpunkte-Papier des BMG)
7. Erarbeitung eines Zeitplans für Betten- und Belegungsreduktion und jährliche Verhandlung mit den Krankenkassen: Jetzt noch für schwer akut kranke Patient*innen genutzte Stationen werden schrittweise verkleinert und einzelne Stationen dann geschlossen. Das im vollstationären Bereich nicht mehr benötigte Personal kann bzw. die dafür im vereinbarten Budget freiwerdende Ressourcen sollten für Home Treatment, akut tagesklinische Behandlung, ACT und Community Treatment in Kooperation mit der PIA, aber – nach entsprechenden Kooperationsvereinbarungen – auch für den Personaleinsatz anderer Träger bei Krankenhausbehandlung ersetzenden Leistungen – z.B. in Nachtcafès, Rückzugsräumen mit zusätzlicher therapeutischer Begleitung, bei akuten Pflegehilfen (z.B. GAPSY, aber auch Familienpflege), über Selbsthilfegruppen oder mit intensiver medizinischer Grundpflege eingesetzt werden
8. Die für psychiatrisch- psychotherapeutisch-psychosomatische und forensische Psychiatrie zuständigen ärztlichen und pflegerischen Leitungen in der GENO (KBO und KBN) bilden die Leitungskonferenz für ein *Zentrum für Psychosoziale Medizin*, das zielorientiert, verbindlich organisiert und kollegial im Turnus geführt wird. (Bestätigung und Überprüfung der Festlegung von Zielen, Aufgaben, Organisation und Finanzierung durch den Aufsichtsrat)
9. In der nächsten Phase der Weiterentwicklung (ab ca. 2019) sollte unter Einbeziehung der GAPSY und einiger niedergelassenener Nerven-ärzt*innen von der Begleitgruppe ein Regionalbudget SGB V vorbereitet werden
10. Darüber hinaus sollten die Aufträge der Deputationsvorlage 2015 in den folgenden Deputationsvorlagen entsprechend dem Bürgerschaftsbeschluss ergänzt und erweitert sowie von der Begleitgruppe schrittweise mit jährlicher Terminplanung und

Auswertung der Umsetzung bearbeitet werden:

- a. Insbesondere sollte in Verhandlungen mit den Krankenkassen die Verbesserung der therapeutischen Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung durch die im neuen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geplanten Medizinischen Zentren für Menschen mit geistiger und schwerer Mehrfach-behinderung (MZEB) auf den Weg gebracht werden, als ein fachlicher Schwerpunkt zu Diagnostik und Behandlung zusätzlicher psychischer Störungen mit dem Auftrag handlungsorientierter fachlicher Beratung von Leistungserbringern im Regelsystem bei Bedarf (s. Deputationsvorlage 2015, Anlage L-168-18, Nr. 3.4)
- b. Ab 2017 sollte geprüft werden, ob in Zusammenarbeit von Krankenkassen und Leistungserbringern – unter Einbeziehung niedergelassener Ärzt*innen – ein Projekt im Rahmen des Inno-vationsfonds beantragt wird, mit dem – über die GPZ hinaus – Schritte zu mehr Prävention und Inklusion auch im Bereich Arbeit und Beschäftigung gefördert werden können, um vor allem die Selbstwirksamkeitsüberzeugung zu stärken und die soziale Teilhabe zu fördern. Als solche können sie andere therapeutische Bemühungen unterstützen, ergänzen oder im Idealfall sogar ersetzen. also mit anspruchsvolleren Arbeits- und Beschäftigungs-angeboten im Feld zwischen erstem Arbeitsmarkt und Werkstatt für behinderte Menschen eine Lücke füllen, die im Sinne eines Leistungstypus „Betreute Beschäftigung“ als Grundlage für ein entsprechendes Modellprojekt des Innovationsfonds darstellt (s. Deputationsvorlage 2015, Anlage L-168-18, Nr. 3.5)
- c. Das Regionalbudget SGB V sollte – Zielsetzung ab 2020 – in Vereinbarung mit der Freien Wohlfahrtspflege zu einem Regionalbudget SGB V, VI und X II erweitert werden



Sven Bechtolf

- Vorstand -