

# **Modellkonzept für eine regionale psychiatrische Behandlung und Betreuung von Menschen mit schweren, akuten und chronischen psychischen Erkrankungen sowie komplexem Hilfebedarf in Bremen am Beispiel der Region Bremen-West**

Stichworte: Umbau von "Stationär" zu "Ambulant" durch Abbau von Krankenhausbetten und Aufbau ambulanter Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten, Sozialraumorientierung, Bildung multiprofessioneller mobiler Kriseninterventionsteams, Home Treatment, Einführung regionaler Budgets und Schaffung verbindlicher Kooperationsstrukturen bei den beteiligten Leistungsträgern und Leistungserbringern. Der Bürgerschaftsbeschluss<sup>1</sup> sieht vor, dass Regionalbudgets „erprobt“ werden sollen. Dafür schlagen wir ein Modell vor.

Prolog.....	2
1 Zur Situation.....	4
1.1 Psychiatrieentwicklung .....	7
2 Die zukünftige Ausrichtung der psychiatrischen Versorgung in Bremen .....	9
2.1 Sozialraumorientierung .....	9
2.2 Zukünftige inhaltliche Ausrichtung der Versorgung in Stichworten.....	10
2.3 Voraussetzungen zur Verwirklichung des Zukunftskonzeptes .....	12
2.4 Zentraler Ausgangspunkt der zukünftigen regionalen Versorgung: Die Zentren für Seelische Gesundheit .....	13
2.5 Struktur und Aufgaben der regionalen gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) .....	13
2.6 Aufgaben der Regionalkonferenzen .....	14
2.7 Regionales Budget und Steuerung.....	15
3 Modellprojekt "Umbau von stationär zu ambulant in der Region Bremen-West" .....	16
3.1 Ressourcen aus den Bereichen der SGB XII und SGB V Leistungen .....	16
3.1.1 Ressourcen von den Freien Trägern aus dem Bereich der SGB XII Leistungen.....	16
3.1.2 Ressourcen aus ambulanten Leistungen nach SGB V.....	17
3.1.3 Personelle Ressourcen für den Umbau von "Stationär" zu "Ambulant" der Klinik.....	18
3.2 Das zukünftige multiprofessionelle Team des Zentrums für seelische Gesundheit West und seine Aufgabenteilung in Unterteams .....	19
3.3 Trägerübergreifende Kooperation.....	20
3.4 Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) in der Region Bremen West .....	22
4. Fazit .....	22

---

1 <http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/DG-2015-03-12+Anlage+L-168-18+Depubericht+Weiterentw+Psych+II.pdf>  
[https://www.gesundheit.bremen.de/detail.php?template=20\\_search\\_d&search%5Bsend%5D=true&lang=de&search%5Bvt%5D=Weiterentwicklung+der+Psychiatriereform+in+Bremen](https://www.gesundheit.bremen.de/detail.php?template=20_search_d&search%5Bsend%5D=true&lang=de&search%5Bvt%5D=Weiterentwicklung+der+Psychiatriereform+in+Bremen)

## **Prolog**

Regionale sozialpsychiatrische und vernetzte Versorgung hat im Bremer Westen Tradition. Dies gründete sich bereits in den 1980er Jahren und hat sich im Laufe der Zeit immer mal wieder verändert und ergänzt, stets in Bewegung – fachlich wie menschlich. Die Kooperation in Form gegossen wurde spätestens in 2008, als sich die Klinik und die sog. Komplementärsysteme, sprich die freien Träger, auf eine Geschäftsgrundlage zur Zusammenarbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund Bremen (GPV) West verständigten. Dieser hat bis heute Bestand. Leitmotiv dabei ist die vernetzte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Erarbeitung von Qualitätsstandards, Angebotsstrukturen und Kooperationen in verschiedene Bereichen.

Ideen zur vertieften Zusammenarbeit, hier aber vor allem eine Versorgungsstruktur „aus einem Guss“ anbieten zu können, gab es immer wieder. Aus dieser Sicht erscheint es logisch, die Kooperationsstrukturen noch weiter auszubauen und in ein gemeinsames Konzept münden zu lassen, wie es hier vorgelegt wird. Urheber des Konzepts ist nicht der GPV, sondern es geht darüber hinaus.

Die hier formulierten Grundgedanken für ein Zukunftskonzept für eine regionale psychiatrische Versorgung in Bremen und speziell zu einem Modellprojekt "Umbau von Stationär zu Ambulant in der Region Bremen-West" sind Ergebnis zahlreicher Gespräche und Diskussionen, die im Laufe des letzten Jahres in unterschiedlichen Gremien zu diesem Thema stattgefunden haben:

Bei der Blauen Karawane treffen sich seit einem halben Jahr Psychiatrie-Betroffene, Psychiatrie-Profis, Angehörige, interessierte Bürger\*innen.

Bei der Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste GmbH (GAPSY) wurde das Thema zwischen den Mitarbeiter\*innen und mit kooperierenden Ärzt\*innen entwickelt.

Die (vorläufigen) Ergebnisse der "AG Krisendienst und Regionale Versorgung" beim Psychiatriereferenten der Gesundheitssenatorin wurden weitgehend in den vorliegenden Text eingearbeitet.

Die drei genannten Gesprächsrunden führten im Wesentlichen zu ähnlichen Ergebnissen. Urheber dieses Modellkonzeptes ist nicht der GPV West, sondern sind die unterzeichnenden Träger im Bremer Westen, nachdem die GeNo eigene Positionen veröffentlicht hat. Das hier vorgelegte Konzept nimmt Grundlinien der Bürgerschaftsbeschlüsse und der Berichte des Gesundheitsressorts von 2013 bis 2015<sup>2</sup> mit auf.

<sup>2</sup>

[https://www.gesundheit.bremen.de/detail.php?template=20\\_search\\_d&search%5Bsend%5D=true&lang=de&search%5Bvt%5D=Weiterentwicklung+der+Psychiatriereform+in+Bremen](https://www.gesundheit.bremen.de/detail.php?template=20_search_d&search%5Bsend%5D=true&lang=de&search%5Bvt%5D=Weiterentwicklung+der+Psychiatriereform+in+Bremen)

"Die Politik muss in die Inklusion investieren  
– in gemeinsames Wohnen, Arbeiten und Leben  
und ein Leben von Menschen mit und ohne Be-  
hinderungen ermöglichen. Nur so kann Ausgren-  
zung und Stigmatisierung vermieden werden"

Verena Bentele, Beauftragte der Bundesregierung  
für die Belange von Menschen mit Behinderungen

## 1 Zur Situation

Die Notwendigkeit zu grundlegenden Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung wurde in den letzten Jahren in den Berichten des Senators für Gesundheit<sup>3</sup> über den Stand der Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen deutlich. In den Berichten wurden u.a. folgende Mängel kritisiert:

- Mangel an Sektor- und Sozialgesetzbuchübergreifenden Strukturen (getrennte Budgets für "Ambulant" und "Stationär"), getrennte kassenfinanzierte und steuerfinanzierte Hilfesysteme (SGB V und SGB XII), Vielzahl der Kosten- und Leistungsträger.
- Dadurch keine Versorgung "aus einer Hand" möglich, die aber geboten ist. Mangelnde Kooperation, Hilfesysteme zu wenig kooperativ aufeinander bezogen, kein funktionierendes Verbundsystem.
- Orientierung am Krankenhausbett: Ansteigen statt Absinken der voll- und teilstationären Krankenhausbetten.
- Bremen hat eine der höchsten Bettenmessziffern in Deutschland.
- Eine Spezialisierung der Krankenhauspsychiatrie, um lukrative Bereiche auszubauen, wäre kontraproduktiv und führte zu einer Zweiklassenpsychiatrie zulasten von Menschen mit schweren, chronischen Erkrankungen. Dementsprechend will sich die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz gezielt dafür einsetzen, dass die psychiatrischen Kliniken ihre Behandlungsangebote noch stärker ambulant ausrichten und vollstationäre Betten ab- statt aufbauen.
- Institutionalisierung statt Normalisierung: Vielfältig institutionalisierte Versorgung "von der Wiege bis zur Bahre" in tendenziell allen Lebensbereichen (institutionell betreutes Leben, das soziale und berufliche Integration und Teilhabe im Sinne der Inklusion erschwert). Konkurrierendes, gewinnorientiertes Expansionsstreben auf dem "Markt der Psychiatrie-Dienstleistungen". Dadurch Erschwerung der "personenorientierten Behandlung".

Nach dem einstimmig gefassten Bürgerschaftsbeschluss vom 13.01.2013 wurden für die Weiterentwicklung der Psychiatriereform<sup>4</sup> folgende Aufgaben benannt:

- Einrichtung gemeindepsychiatrischer Verbünde
- Erprobung von Regionalbudgets nach § 64b SGB V

---

<sup>3</sup> <http://www.gesundheit.bremen.de/>

[https://www.gesundheit.bremen.de/detail.php?template=20\\_search\\_d&search%5Bsend%5D=true&lang=de&search%5Bvt%5D=Weiterentwicklung+der+Psychiatriereform+in+Bremen](https://www.gesundheit.bremen.de/detail.php?template=20_search_d&search%5Bsend%5D=true&lang=de&search%5Bvt%5D=Weiterentwicklung+der+Psychiatriereform+in+Bremen)

<sup>4</sup> <http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Anlage+L-119-18+Weiterentwicklung+der+Psychiatriereform+in+Bremen.pdf>

- Einbeziehung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen
- Festlegung von Steuerungsverantwortung auf den verschiedenen Ebenen der Versorgung
- Aufbau eines Verbraucherschutzes in der psychiatrischen Versorgung
- Maßnahmen zur Prävention und Inklusion

Im Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenkonvention im Lande Bremen vom November 2014<sup>5</sup> werden darüber hinaus u.a. folgende Aufgaben benannt:

- Weiterentwicklung der psychiatrischen Behandlungsmodelle in Kliniken in Richtung ambulanter Orientierung
- Einführung des Leistungstyps "Betreute Beschäftigung"
- Einsatz von ausgebildeten Genesungsbegleiter\*innen
- Aufbau von Home Treatment Angeboten

Im Rahmen des Bürgerschaftsauftrags „Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen – ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept“<sup>6</sup>, das sich auf die Jahre 2013 bis 2021 erstrecken soll, hat die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz am 20.03.2014, 12.03.2015 und 18.08.2016 der Deputation für Gesundheit die ersten drei Berichte<sup>7</sup> vorgelegt.

Dort werden folgende Aufgaben zur Weiterentwicklung beschrieben:

- Verbesserung des Verbundsystems sowie der Sektor- und Sozialgesetzbuch- übergreifenden Kooperationsstrukturen (bisher: getrennte Finanzierung für "Ambulant" und "Stationär", getrennte kassenfinanzierte und steuerfinanzierte Hilfesysteme SGB V und SGB XII) zur kooperativen, personenzentrierten, regionalen Versorgung.
- Abbau stationärer psychiatrischer Betten zugunsten einer vornehmlich ambulant ausgerichteten Versorgung (Home Treatment).
- Spezialisierung in der Krankenhauspsychiatrie darf nicht zu Lasten der Ambulantisierung und der psychiatrischen Versorgung für Menschen mit schweren akuten und chronischen Erkrankungen führen.
- Der Institutionalisierung im außerklinischen Bereich im Sinne des Betreuten Wohnens oder der Heimunterbringung bis zum Lebensende müssen inklusive Konzepte entgegengestellt werden.

---

<sup>5</sup> <http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/2015-02-05%20Landesaktionsplan%20UN-BRK%20Endg%20FCltige%20Version%20mit%20Fotos.pdf>

<sup>6</sup> <http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/DG-2015-03-12+Anlage+L-168-18+Depubericht+Weiterentw+Psych+II.pdf>

<sup>7</sup>

[http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Anlage%20Depuvorlage%2018.08.2016%20Bericht%20Psychiatrie%20%28Version%2016\\_08\\_8%29\\_final\\_Freigabe\\_S\\_SV\\_41-1\\_verschickung.pdf](http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Anlage%20Depuvorlage%2018.08.2016%20Bericht%20Psychiatrie%20%28Version%2016_08_8%29_final_Freigabe_S_SV_41-1_verschickung.pdf)

Folgende Handlungsempfehlungen folgern daraus:

- Modelle vor allem für die Zielgruppe der schwer Erkrankten mit komplexem Hilfebedarf. Bevorzugt werden im Ergebnis prospektive Budget-Finanzierungen mit kombiniertem Einbezug von Behandlungsleistungen des SGB V und Eingliederungshilfe des SGB XII und demnächst SGB IX (siehe unter anderem Bundesteilhabegesetz).
- Sozialraumorientierung (vgl. Kapitel 2.1)
- Ausbau ambulanter Behandlung bzw. stationsäquivalenter Behandlung in der Häuslichkeit von Patient\*innen (Home Treatment) unter Abbau vollstationärer Betten in den Kliniken.
- Aufbau multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams als zentrale Behandlungseinheit.
- Sicherstellung eines regional orientierten Krisendienstes (Rund-um-die Uhr).
- Offener Dialog als Behandlungsstandard
- Festlegung von Versorgungsverpflichtung
- Ressourcenschonung durch Qualitätssicherung und Vermeidung von Doppelstrukturen und.
- Einbezug Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger in die Qualitätssicherung.
- Schaffung von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten, u.a. Umsetzung von Zuverdienst-Projekten ab 2015 und Schaffung eines "Budgets für Arbeit".

Von der Senatorin für Gesundheit, Wissenschaft und Verbraucherschutz ist seit 2014 die „Begleitgruppe Psychiatrie“<sup>8</sup> zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform einberufen. Die Begleitgruppe befürwortet, kein vollständig entwickeltes Konzept für Gesamt Bremen abzuwarten, sondern sich an der Weiterentwicklung von Ansätzen in einigen Regionen zu beteiligen, die in die politisch und fachlich angestrebte Richtung arbeiten und als Modelle für die Entwicklung in anderen Regionen dienen können:

- Umsetzung von Home Treatment mit den Kliniken Bremen-Ost, Bremen-Nord und dem Klinikum Reinkenheide. (Stichworte: Multiprofessionelles Kriseninterventionsteam, Sozialraumorientierung, Kooperation der Kliniken mit anderen Leistungserbringern) mit dem Ziel der Umwandlung stationärer Betten in ambulante Angebote.
- Schaffung verbindlicher Kooperationsstrukturen in der Region West. (Stichworte: Kooperationsvertrag seit 2008 zwischen Krankenhaus, GAPSY, Initiative zur sozialen Rehabilitation, Bremer Werkgemeinschaft, Sozialwerk der Freien Christengemeinde; Beendigung von Verdrängungswettbewerben; verbindliche Teilnahme an Kooperationstätigkeiten; Einsatz der eigenen Mittel für übergeordnete Zwecke).

---

<sup>8</sup> Begleitgruppe Psychiatrie zur Weiterentwicklung der Psychiatrie im Lande Bremen – Expertengremium der Senatorin für Gesundheit, Wissenschaft und Verbraucherschutz

## 1.1 Psychiatrieentwicklung

Um unter Berücksichtigung der Analysen den politischen Beschlüssen nachzukommen, bietet sich eine Orientierung an bereits bewährten nationalen und internationalen Modellen an, die eine hohe Evidenz für die Sinnhaftigkeit der für Bremen getroffenen Empfehlungen zeigen.

### 1.1.1 Internationale Entwicklung

Gemeindeorientierte psychiatrische Dienste sind nicht nur leichter nutzbar für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, sie beantworten auch wesentlich effektiver die Bedarfe als psychiatrische Krankenhäuser. (Dr. Benedetto Saraceno, Director of the WHO Mental Health and Substance Abuse Genf 2007)<sup>9</sup>.

***Der Ort des Lebens ist auch der Ort der Behandlung*** (Empfehlung 4 der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen).

Im Unterschied zu Deutschland gehört Home Treatment in England, Skandinavien, den Niederlanden, Italien, Australien, Neuseeland und den USA<sup>10</sup> zu den elementaren Bestandteilen der psychiatrischen Versorgung<sup>11</sup>.

Basis ist die Umverlagerung von stationärer Versorgung in ambulante Angebote. Damit ist mobile Krisenintervention rund um die Uhr möglich.

Im Mittelpunkt dieser Modelle stehen ambulante gemeindeorientierte Teams (Home Treatment, Assertive Community Treatment, Community Mental Health Teams), die durch Multiprofessionalität, Teambasierung und einen regionalen Versorgungsauftrag gekennzeichnet sind.

Versorgungssysteme, die konsequent von einer krankenhauserorientierten Versorgung auf lebensweltorientierte Versorgung mit ergänzenden stationären Angeboten umgebaut wurden, zeigen insgesamt eine höhere Effizienz und eine bessere Versorgungsqualität wie z.B. eine deutliche Reduzierung von Zwangsbehandlungen, weniger Vergabe von Psychopharmaka und weniger Menschen, die in Heimen oder anderen betreuten Wohnformen versorgt werden müssen (Aderhold 2007, Utschakowski 2002<sup>12</sup>).

### 1.1.2 Nationale Entwicklung

Seit den 1970er Jahren wurden umfänglich Betten in der psychiatrischen Regelversorgung abgebaut. Seit einigen Jahren zeigt sich allerdings in der Psychiatrie (im Gegensatz zu der somatischen Medizin) die Tendenz des Aufbaus von stationären Kapazitäten, obwohl wiederholte Studien keinen Anstieg der Prävalenz in Deutschland zeigen.

9 [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/icd\\_advisory\\_group\\_december\\_08\\_summary.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/icd_advisory_group_december_08_summary.pdf)

10 [https://de.wikipedia.org/wiki/Home\\_Treatment](https://de.wikipedia.org/wiki/Home_Treatment)

11 Sonia Johnson, Justin Needle, Jonathan P. Bindman, Graham Thornicroft (Hrsg.): Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health Cambridge University Press, 11. August 2008, ISBN 978-0521678759 David S. Heath (Hrsg.): Home Treatment for Acute Mental Disorders: An Alternative to Hospitalization Routledge, 3. November 2004, ISBN 978-0415934084 Neil Brimblecombe(Hrsg.): Acute Care in the Community: Intensive Home Treatment (IHT) as an Alternative to Psychiatric Admission Wiley, 2001, ISBN 978-1861561893

12 In der Gemeinde. Mit der Gemeinde! Utschakowski 2002

Als Gründe erweisen sich „eine unzureichende Fallkoordination, Brüche in der Behandlungskontinuität, das Nebeneinander von Über- und Unterversorgung, Fehlanreize und Fehlallokation von Ressourcen, problematische Wettbewerbseffekte der Leistungserbringer untereinander sowie mangelnde Ausrichtung an der Ergebnisqualität“.

Derzeit werden Menschen mit einem intensiven Behandlungsbedarf in der Regel stationär versorgt. Der Kostenanstieg veranlasst die Kostenträger, auf kürzere Verweildauern zu drängen, die aber aufgrund des Mangels an intensiven ambulanten Leistungen zu einer erhöhten Wiederaufnahmerate führen (diesen Effekt beschreibt auch das KBO).

Auch auf nationaler Ebene zeigen sich die Vorteile einer ambulantisierter Psychiatrie, in der psychiatrische Akutversorgung im Lebensumfeld der Betroffenen organisiert wird und Krankenhausversorgung nur für Sonderbedarfe genutzt wird. Es gibt starke Evidenz dafür, dass während einer Akutbehandlung einer Krankheitsepisode im häuslichen Umfeld:

- die Wahrscheinlichkeit stationärer Aufnahmen während der akuten Erkrankungsphase geringer ist
- stationäre Behandlungszeiten reduziert sind
- Behandlungsabbrüche seltener sind
- erlebte Belastungen bei den Angehörigen geringer sind
- die Zufriedenheit der Patient\*innen und der Angehörigen höher ist
- die Mortalität unverändert ist und
- die Kosteneffektivität der Behandlung höher ist. (S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen)<sup>13</sup>

Mittlerweile gibt es eine nennenswerte Zahl von Modellen, die in der Regel auf eine durch Budgetfinanzierung ermöglichte Ambulantisierung von Kliniken zielen.<sup>14</sup>

Im Kreis Herzogtum-Lauenburg mit einem Einzugsgebiet von 188.000 Einwohnern\*innen stehen für die stationäre Versorgung mittlerweile nur noch 20 Betten zur Verfügung. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt nur sieben Tage. Trotzdem ist die Wiederaufnahmequote nicht gestiegen. Die Zwangseinweisungsrate konnte innerhalb von sechs Jahren um 60% reduziert und die Dauer der einzelnen Einweisungen verringert werden.

In Bremen gibt es neben den erheblichen Ressourcen im Bereich der psychiatrischen Kliniken ein gut entwickeltes System ambulanter Behandlung (niedergelassene Ärzt\*innen, Ambulante Psychiatrische Pflege, Soziotherapie, Ergotherapie, Besondere Versorgungsverträge etc.) und die seit 30 Jahren gewachsenen steuerfinanzierten Angebote (Betreutes Wohnen, Heime, Tagesstätten), die für den Ausbau ambulanter Strukturen zur Verfügung stehen.

---

<sup>13</sup> <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-020.html>

<sup>14</sup> <http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/geesthacht/medizin-pflege/fachabteilungen/psychiatrie/>  
und weitere

## 2 Die zukünftige Ausrichtung der psychiatrischen Versorgung in Bremen

Der politische Wille in Bremen in Verbindung mit der hohen Evidenz für die geforderte neue Struktur führte zu einem Paradigmenwechsel:

Die Versorgungsstrukturen werden nicht länger aus der Perspektive einer sich intern strukturierenden Klinik konzipiert sondern als sozialräumlich verwurzelte, weitgehend ambulante Angebote.

### 2.1 Sozialraumorientierung

Sozialraumorientierung bezeichnet in erster Linie eine Perspektive, die sich auf die Person und deren soziale Bezüge richtet, und wirft erst in zweiter Linie den Blick auf einen territorialen Zuschnitt (z.B. den Stadtteil). Eine nach dem Fachkonzept Sozialraumorientierung ausgerichtete Sozialpsychiatrische Praxis kann insofern auch als subjektorientiert bezeichnet werden.

#### Das Fachkonzept Sozialraumorientierung

- setzt konsequent am Willen und an den Interessen der Adressat\*innen (Patient\*innen) an
- aktiviert die Adressat\*innen und fördert die Eigeninitiative
- konzentriert sich auf die Ressourcen der Adressat\*innen, der im Quartier wohnenden Menschen und des Sozialraums
- verfolgt eine zielgruppen- und bereichsübergreifende Sichtweise
- lebt von der Bereitschaft der handelnden Akteur\*innen (Einrichtungen, Dienste, Institutionen, ...) zu kooperieren und sich zu vernetzen (vgl. Hinte 2002, 2006<sup>15</sup>)

Der sozialräumliche Ansatz stärkt die Infrastruktur durch Kooperation und Vernetzung und befördert eine qualitative Verbesserung der Lebenssituation im Stadtteil statt Angebotslandschaften durch die Addition weiterer Angebote zahlenmäßig zu erweitern.

Das Verhältnis von Adressat\*innen und professionellen Unterstützer\*innen ist durch Respekt und Wertschätzung geprägt. An der Suche nach Lösungen (der geeigneten Therapie, Hilfe, Unterstützung, etc.) werden die Adressat\*innen konsequent beteiligt. So kann Vertrauen entstehen, Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen wachsen und der Fokus auf die Ressourcen statt auf die Defizite gerichtet werden.

Dieses Verhältnis muss sich entsprechend in der Hilfeplanung und in den Hilfeplänen (Dokumentation des Willens, des individuellen Bedarfs, des Ressourcen-Checks, etc.) wiederfinden.

In der sozialräumlich orientierten Praxis werden Antworten auf Bedarfslagen des Individuums und des Stadtteils gesucht (responsive statt possessive Praxis). Um passgenaue Hilfen entwickeln zu können, müssen die in der Lebenswelt der Adressat\*innen und die im Stadtteil vorhandenen Ressourcen erkannt, ggf. entwickelt und nutzbar gemacht werden. Voraussetzung ist dabei, dass die professionellen Akteure ihren Blick für die Alltags- und Lebenswelt der Menschen öffnen und die unterstützenden Potenziale des Gemeinwesens

---

<sup>15</sup> <http://www.sozialraum.de/spatscheck-theorie-und-methodendiskussion.php>

wahrnehmen (Ressourcen entdecken durch Fallübergreifende und Fallunspezifische Arbeit). Dies erfordert die Bereitschaft, die jeweiligen fachlichen Kompetenzen in einen subjektorientierten, sozialräumlich ausgerichteten interdisziplinären Handlungszusammenhang einbringen zu wollen, und Rahmenbedingungen/Strukturen, die dies auch ermöglichen. Erst die Perspektive, gesetzes- und ressortübergreifend zu arbeiten, ermöglicht eine Praxis, die auf Anforderungen aus dem Feld adäquat (im Sinne der Adressat\*innen) reagiert. Im Ergebnis werden die im Stadtteil vorhandenen und genutzten Ressourcen die Hilfs- und Angebotsqualität steigern.

## **2.2 Zukünftige inhaltliche Ausrichtung der Versorgung in Stichworten<sup>16</sup>**

- Sozialraumorientierung, Entwicklung und Kultivierung "fallunspezifischer Arbeit", um im Sozialraum nicht-professionelle Ressourcen zu aktivieren und zu nutzen.
- Behandlung und Betreuung weitestgehend im Lebensumfeld der Patient\*innen auch für Menschen mit akuten Krisen, Home Treatment (akut, kurzfristig, möglichst Vermeidung von stationärer Behandlung, Krisenintervention, 24-stündige Verfügbarkeit an 365 Tagen im Jahr, multiprofessionell).
- Aufsuchende, langfristige Behandlung mit personeller Kontinuität für chronisch und schwer psychisch kranke Patient\*innen, für Menschen mit komplexem Hilfebedarf, "Assertive Community Treatment"<sup>17</sup>, hochfrequent, multiprofessionelles Team mit Home-Treatment- und Case-Management-Funktionen<sup>18</sup>, 24-stündige Verfügbarkeit an 365 Tagen im Jahr.
- Organisation der akuten und kontinuierlichen aufsuchenden Arbeit in einem regionalen „Zentrum für seelische Gesundheit“<sup>19</sup> mit stationären, teilstationären, ambulanten Anteilen und einer Ausstattung als Krisenort.
- Für jeweils ca. 40.000 Einwohner\*innen der Region ist dem Zentrum für seelische Gesundheit je ein mobiler multiprofessioneller Krisendienst zugeordnet.
- Vermeidung von Zwangsmaßnahmen (Zwangsmaßnahmen nur als "letztes Mittel")
- Orientierung an den Prinzipien des Offenen Dialogs und Need Adapted Treatment (NAT)<sup>20</sup>. Das Konzept „Offener Dialog“ (im englischsprachigen Raum „Open Dialogue“) wird seit Anfang der 1980er Jahre in verschiedenen Regionen Finnlands angewandt. Mittlerweile ist dieser systemische Ansatz in ganz Skandinavien und zunehmend auch im restlichen Europa verbreitet und findet auch den USA wachsendes Interesse. Im Mittelpunkt stehen die Prinzipien der Netzwerkarbeit (Netzwerkgespräche, Krisenplan u.a.) und die Methode des offenen Dialogs als Beratungsform. In Bremen sind wesentliche Teile dieses Ansatzes auch unter dem Begriff NAT bekannt geworden<sup>21</sup>. In verschiedenen Regionen Bremens gibt es

---

16 Kernelemente, die sich in Projekten andernorts in Deutschland bewährt haben

17 [https://en.wikipedia.org/wiki/Assertive\\_community\\_treatment](https://en.wikipedia.org/wiki/Assertive_community_treatment)

18 Case-Management = [https://de.wikipedia.org/wiki/Case\\_Manager](https://de.wikipedia.org/wiki/Case_Manager)

19 Zentrum für seelische Gesundheit = Vorschlag der Autoren für das regionale Versorgungszentrum

20 Need Adapted Treatment = Bedürfnisangepasste Behandlung <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00890594>

21 [http://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/APK\\_Tagungsband\\_41\\_-\\_Volkmar\\_Aderhold\\_-\\_Netzwerkgespraeche\\_als\\_Offener\\_Dialog.pdf](http://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/APK_Tagungsband_41_-_Volkmar_Aderhold_-_Netzwerkgespraeche_als_Offener_Dialog.pdf)

diesbezüglich seit mehreren Jahren umfangreiche Schulungsmaßnahmen bei den sozialpsychiatrischen Trägern.

- Orientierung an Methoden und Haltungen des Prinzips des Empowerments<sup>22</sup>. Mit Empowerment (Ermächtigung, Übertragung von Verantwortung) bezeichnet man Strategien und Maßnahmen, die den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen oder Gemeinschaften erhöhen sollen und es ihnen ermöglichen, ihre Interessen (wieder) eigenmächtig, Selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten.
- Orientierung von Recovery-Praxis und -Methoden<sup>23</sup>. Das Recovery-Modell ist ein Konzept, welches das Genesungspotential der Betroffenen hervorhebt und unterstützt. Der Begriff Recovery stammt aus dem englischen Sprachraum und kann in etwa mit „Wiedergesundung“ übersetzt werden. In diesem Modell kann Wiedergesundung als persönlicher Prozess gesehen werden, in dem Hoffnung, eine sichere Basis, fördernde zwischenmenschliche Beziehungen, Selbstbestimmung, soziale Integration und Problemlösungskompetenz gefördert und einen Lebenssinn vermittelt wird.
- Trialogischer<sup>24</sup> bzw. tetralogischer<sup>25</sup> Gesprächsansatz „auf Augenhöhe“. Das bedeutet, dass nebst dem Menschen selbst auch dessen bzw. deren Angehörige, Freund\*innen u.ä. in den Prozess der Genesung eingebunden werden sollten. In einem tetralogischen Verständnis wird dieses noch um Genesungsbegleiter\*innen erweitert.
- Peer-Support<sup>26</sup>, Einbezug von Psychatrieerfahrenen, Ex-In-Ausgebildeten<sup>27</sup>, Genesungsbeleiter\*innen<sup>28</sup> in die praktische Arbeit (und auch bei der Qualitätssicherung).
- Nutzer\*innen-Beteiligung an allen Prozessen und auch in den Organen des Versorgungssystems. Nutzer\*innenbeteiligung folgt in diesem Verständnis nicht nur demokratischen Prinzipien, sondern fördert Genesungsprozesse auch auf anderen Ebenen, sichert die Interessen der Betroffenen und ist gleichsam fortwährend qualitätssichernd.
- Aufbau von Beschäftigung (Zuverdienst-Projekte<sup>29</sup>) außerhalb psychiatrischer Einrichtungen (ggf. auch durch das "Budget für Arbeit"<sup>30</sup>).
- Sicherstellung fachübergreifender Fortbildung.

Sofern für eine Zielgruppe spezifische therapeutische Kompetenz aus fachlicher Sicht erforderlich ist, muss diese für den gesamten stationär-ambulanten Versorgungs-

---

22 <https://de.wikipedia.org/wiki/Empowerment>

23 <https://de.wikipedia.org/wiki/Recovery-Modell> ,

24 <http://www.trialog-psychoseseminar.de/de/10/Begriffe-in-der-trialogischen-Arbeit.html> ,

25 Erweiterung des trialogischen Ansatzes um Genesungsbegleiter\*innen

26 <https://de.wikipedia.org/wiki/Peer-Beratung> , <http://www.psychology48.com/deu/d/peer-support-system/peer-support-system.htm> ,

27 <http://www.ex-in.de/> , [http://www.fokus-fortbildung.de/fortbildung.php?WEBYEP\\_DI=5](http://www.fokus-fortbildung.de/fortbildung.php?WEBYEP_DI=5)

28 <http://www.ex-in.de/> , <http://genesungsbegleiter.org/annexleistung/>

29 <http://www.gib-bremen.info/zuverdienst.php> , <http://mehrzuverdienst.de/Der-Zuverdienst.aspx> ,

30 [https://de.wikipedia.org/wiki/Budget\\_f%C3%BCr\\_Arbeit](https://de.wikipedia.org/wiki/Budget_f%C3%BCr_Arbeit) ,

Zusammenhang (mit der dann entsprechend großen Zahl von Mitarbeiter\*innen) zur Verfügung stehen.

Zentrales Kernelement erfolgreicher Behandlung über Zielgruppen und Diagnosen hinweg ist die deutliche Berücksichtigung des Sozialraums. Der Lebensmittelpunkt ist Ausgangsposition der jeweiligen Behandlungs- und Versorgungsansätze.

Selbstverständlich gehören zur bedürfnisangepassten Behandlung und Sozialraumbezug unterschiedlichste themenorientierte Gruppenangebote wie z.B. Trauma, Recovery, Sucht, Empowerment, Medikamentenreduktion u.Ä. Diese können sowohl durch professionelle als auch durch Peer-Mitarbeiter\*innen angeleitet sein.

### **2.3 Voraussetzungen zur Verwirklichung des Zukunftskonzeptes**

Die folgende Tabelle verdeutlicht, die Voraussetzungen zur Verwirklichung des Zukunftskonzeptes in Stichwörtern:

<b>Voraussetzungen und Aufgaben</b>	<b>Zuständig</b>
Paradigmenwechsel von Stationär zu Ambulant	Alle Akteur*innen im Verbund
Bettenabbau in der psychiatrischen Klinik. Nutzung der vormals stationären Ressourcen für den Umbau	GeNo
Abbau/Umbau von Betreuungs- und Wohnheimplätzen im SGB XII Bereich, Nutzen der Ressourcen	Freie Träger des SGB XII Bereichs
Umwandlung der verordnungsbasierten ambulanten Leistungsangebote wie APP, Soziotherapie oder Rückzugsräume in das Leistungsgeschehen des Regionalen Budgets. (nach Open Dialogue)	GAPSY
Sektorübergreifende Versorgung unter Berücksichtigung der SGBs V, IX, XII und auch XI	GeNo, GAPSY, Freie Träger, Kostenträger
Aufbau bzw. Optimierung eines/des GPVs mit verbindlichen Kooperationsstrukturen. Evtl. Gründung einer Managementgesellschaft	GeNo, GAPSY, Freie Träger
Schaffung eines regionalen Psychiatricbudgets (RPB) <sup>31</sup>	Die Ressorts Soziales und Gesundheit sowie Krankenkassen

31 Siehe auch S. Hubmann, „Evaluation des Regionalen Budgets im Landkreis Dithmarschen, Diss., Berlin 2016

Verbindliche regionale Versorgungsverpflichtung, insbesondere für schwer, akut und chronisch Erkrankte inkl. Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Dazu sind zu zählen: Psychisch Kranke, Suchtkranke mit psychischen Erkrankungen, altersbedingte Erkrankte (Demenz), Menschen mit geistigen Behinderungen u.Ä.	GeNo, GAPSY, Freie Träger, Kostenträger mit Unterstützung/Aufforderung seitens der entsprechenden Ressorts Soziales und Gesundheit
Verhinderung von Fehl- und Fremdplatzierungen, insbesondere außerhalb Bremens	Steuerungsstelle und die Ressorts Soziales und Gesundheit

## **2.4 Zentraler Ausgangspunkt der zukünftigen regionalen Versorgung: Die Zentren für Seelische Gesundheit**

- Ein „Zentrum für seelische Gesundheit“ in jeder Region mit nur noch einem Teil der vorherigen Krankenhausbettenzahl (ein Viertel bis ein Drittel) mit stationären, teilstationären, ambulanten und Krisenhaus-Funktionen – als Ausgangsort der multiprofessionellen Teams für ambulante kurz- und langfristige Behandlung/Betreuung im Lebensumfeld der Patient\*innen und für Sozialraum orientierte Arbeit. (Anzahl der Vollzeitkräfte entspricht der vorherigen Summe der Vollzeitkräfte aus den vorherigen stationären, tages-klinischen, institutsambulanten Tätigkeiten und denen des Sozialpsychiatrischen Dienstes<sup>32</sup>).
- Für je ca. 40.000 Einwohner\*innen jeder Region jeweils ein multiprofessionelles Kriseninterventionsteam (ca. zwölf Vollzeitkräfte)<sup>33</sup>.
- Vernetzung der multiprofessionellen Arbeit des „Zentrums für seelische Gesundheit“ mit den übrigen Berufsgruppen/Institutionen in der Region.
- Kooperation der an der regionalen Versorgung beteiligten Träger in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund (Zur Struktur des neuen Zentrums für seelische Gesundheit und seiner Vernetzung siehe auch das beigefügte Schaubild "Zukunftskonzept für eine regionale psychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen am Beispiel Bremen West").

## **2.5 Struktur und Aufgaben der regionalen gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV)**

- Organisation verbindlicher, vertraglich gesicherter Kooperationsstrukturen und ggf. Gründung einer Managementgesellschaft als Anstellungsträgerin für das

<sup>32</sup> Die Zahl, die hier zugrunde gelegt wurde, ist runtergerechnet nach den Vollzeitkräften bezogen auf den Bevölkerungsanteil Bremen West

<sup>33</sup> <http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/geesthacht/medizin-pflege/fachabteilungen/psychiatrie/>

multiprofessionelle Gesamtteam des jeweiligen neuen „Zentrums für seelische Gesundheit“.

- Um das Ziel einer Versorgung mit Transformation der stationären in ambulante und sozialraumbezogene Versorgungsangebote im Rahmen des regionalen Psychriebudgets (RPB) zu erreichen, bedarf es anstelle einer lockeren Kooperation eines verbindlichen Zusammenschlusses der Leistungserbringer im gemeindepsychiatrischen Verbund.
- Vorbereitung und Unterstützung der Transformation der stationären Behandlung und Betreuung in ambulante, regionale Versorgungsangebote.
- Erstellung eines Leitlinienkataloges
- Sicherstellung trägerunabhängiger Erstberatung von Patient\*innen
- Durchführung und Etablierung von Hilfeplankonferenzen mittels einer Koordinator\*in bzw. einer Fallmanager\*in.
- Erstellung einer Geschäftsordnung für Hilfeplankonferenzen. Bestandteile der Hilfeplankonferenzen u.a.: Assessment, Expert\*innen-Teams, Netzwerkorientierung mit dem Prinzip des offenen Dialogs.
- Fallbesprechungen
- Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Versorgungsangeboten.
- Beteiligung weiterer an der Versorgung Beteiligter und Interessierter aus den Bereichen des SGB V und SGB XII (niedergelassene Psychiater\*innen, Psychotherapeut\*innen, Hausärzt\*innen, Betreuer\*innen, etc.).
- Beteiligung nichtpsychiatrischer Kooperationspartner (aus den Bereichen Soziales, Kultur, Politik. etc.).
- Beteiligung der Kostenträger
- Nutzung regionaler Ressourcen zur Versorgung schwer psychisch kranker Patient\*innen und von Menschen mit komplexem Hilfebedarf.
- Verhinderung von Langzeitaufenthalten in stationären psychiatrischen Einrichtungen und von Fehl- bzw. Fremdplatzierungen (in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Regionalkonferenz und der überregionalen Steuerungsstelle).
- Beteiligung an der Organisation des Krisendienstes.
- Sicherstellung multiprofessioneller Fortbildungsangebote (Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen).
- Qualitätssicherung (Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen).
- Gemeinsames Beschwerdemanagement (auch im Sinne der Qualitätssicherung).
- Erstellung von Halbjahresberichten (für die Zentrale Arbeitsgemeinschaft ZAG).

## **2.6 Aufgaben der Regionalkonferenzen**

- Mitwirkung bei der Planung, dem Aufbau und der Weiterentwicklung des regionalen Betreuungs- und Behandlungsangebots für schwer und/oder chronisch psychisch Kranke und Menschen mit komplexem Hilfebedarf, für suchtkranke Bürger\*innen, Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung, für alterspsychisch bzw. an Demenz erkrankte Menschen und Beratung der zuständigen

Entscheidungsträger (Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport, Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V.).

- Erörterung und Stellungnahmen zu Verantwortlichkeit für Aufgabenbereiche und Klärung der Zusammenarbeit.
- Auffinden von Versorgungslücken und Fehlplatzierungen, Verhinderung von Fremdplatzierungen (im Zusammenwirken mit überregionaler Steuerungsstelle).
- Entwicklung neuer Projekte
- Erstellung von Halbjahresberichten (für die Zentrale Arbeitsgruppe ZAG).

## **2.7 Regionales Budget und Steuerung**

Die Sektor-übergreifende (SGB V, SGB XII) Budgetfinanzierung sorgt dafür, dass keine zusätzlichen Kosten durch Doppelstrukturen und Marktbestimmtheit der Angebotsstruktur entstehen.

Die aus dem abgebauten stationären Bereich freigewordenen Ressourcen sind die finanzielle Basis für die Arbeit des neuen „Zentrums für seelische Gesundheit“. Um für die Krankenkassen/die Kostenträger sicherzustellen, dass keine kostenträchtigen Bedarfe neben der im Rahmen des Budgets erfolgenden Versorgung heranwachsen, bedarf es einer trägerunabhängigen Steuerungsstelle (z.B. beim Gesundheitsamt), die mit den Regionalkonferenzen kooperiert.

Wenn sich im Laufe der Zeit weitere Träger in das budgetfinanzierte Projekt einbeziehen wollen, so dass das Projekt an Größe zunimmt, sollte das regionale psychiatrische Budget jeweils um den Betrag angehoben werden, den der hinzu kommende Träger einbringt, vorausgesetzt, dass der jeweilige gemeindepsychiatrische Verbund, die Regionalkonferenz und die Steuerungsstelle zustimmen.

Die Wege zu einer neuen regionalen psychiatrischen Versorgung werden in den fünf bremischen Regionen schon deswegen unterschiedlich verlaufen, da bereits gegenwärtig die Voraussetzungen unterschiedlich sind. Dies gilt bekanntermaßen insbesondere für die Region Bremen-Nord und auch zum Teil für die Region Bremen-Ost, in der seit einiger Zeit das Sektor-übergreifende Behandlungsprojekt SÜB in Kooperation zwischen der Klinik, dem ASB und der GAPSY läuft.

Überregional herrscht weitgehende Übereinstimmung in den Fachkreisen und auch bei den politischen Entscheidungsträger\*innen darüber, dass eine Sektor-übergreifende (SGB V und SGB XII Bereiche) Budgetfinanzierung notwendig ist, um die Umwandlung von "stationär" zu "ambulant" verwirklichen zu können. Ebenso besteht Einigkeit darüber, dass die Finanzierungssicherheit für die Versorgung nicht länger auf einer weiteren (vorsorglichen) Sicherung der Bettenzahl und der Fallzahlen in der Einzelfallhilfe basieren darf.

Im Folgenden wird der angestrebte Umbau von "stationär" zu "ambulant" am Beispiel der Region Bremen-West als Konzept für ein Modellprojekt beschrieben.

### **3 Modellprojekt "Umbau von stationär zu ambulant in der Region Bremen-West"**

(siehe hierzu auch das beigefügte Schaubild)

Im Folgenden wird ein Konzept für eine zukünftige psychiatrische Versorgung in der Region Bremen-West<sup>34</sup> beschrieben, das als Modellprojekt nach § 64b SGB V<sup>35</sup> (Laufzeit acht Jahre) auf der finanziellen Grundlage eines regionalen Psychriatriebudgets (RPB) basiert.

Die grundlegenden Voraussetzungen für den beschriebenen Umbau sowie inhaltliche und strukturelle Grundgedanken gelten für die Region West ebenso wie für andere Regionen in Bremen (wie auf den vorigen Seiten beschrieben).

In den fünf Stadtteilsektoren Bremens leben jeweils zwischen 90.000 und 120.000 Einwohner\*innen (z.B. im Bremer Westen 91.000 Einwohner\*innen).

Laut Psychiatrieplan 2010<sup>36</sup> wurden für Bremen West an den Behandlungszentren 45 vollstationäre Betten und 21 teilstationäre Plätze vorgehalten.

Analog zu den Erfahrungen am Krankenhaus Geesthacht (Dr. Heißler) und zu Erfahrungen andernorts werden für den Bremer Westen statt 45 nur noch 15 stationäre psychiatrische Plätze erforderlich sein (Reduzierung der Krankenhausbettenzahl auf ein Drittel).

Die multiprofessionelle Arbeit in einem zukünftigen „Zentrum für seelische Gesundheit West“ – inklusive der Tagesklinik – wird sich weitgehend verändern. Sowohl akute Krisenversorgung wie langfristige Behandlung/Betreuung in personeller Kontinuität wird im neuen „Zentrum für seelische Gesundheit West“ durch die Verbindung von Home Treatment, Akuttagesklinik, Tagesklinik und Ambulanz gewährleistet werden. Auch die Verbindung mit dem stationären Bereich (im selben Haus) wird offen und flexibel gehandhabt.

#### **3.1 Ressourcen aus den Bereichen der SGB XII und SGB V Leistungen**

In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Ressourcen, die sich aus den SGB XII Leistungen sowie ambulanten und stationären SGB V Leistungen ergeben, dargestellt.

##### **3.1.1 Ressourcen von den Freien Trägern aus dem Bereich der SGB XII Leistungen**

Die freien Träger der Eingliederungshilfe verfügen schon jetzt über weitreichende Vernetzung und fachliche Qualitätsstandards sowie eine große Erfahrung und auch

---

34 Die Autor\*innen dieses Papiers sind der Überzeugung, dass ein Modellprojekt nicht nur für eine Region ausprobiert und anschließend in anderen Regionen umgesetzt werden soll, sondern jede Region muss ihren eigenen Weg eines Modellprojektes gehen

35 [https://dejure.org/gesetze/SGB\\_V/64b.html](https://dejure.org/gesetze/SGB_V/64b.html),

36 [https://ssl.bremen.de/gesundheit/sixcms/media.php/13/Landespsychiatrieplan\\_Bremen\\_2010.pdf](https://ssl.bremen.de/gesundheit/sixcms/media.php/13/Landespsychiatrieplan_Bremen_2010.pdf),  
<http://www.gesundheitsamt.bremen.de/detail.php?qsid=bremen125.c.10733.de>

infrastrukturelle Möglichkeiten, die sie der gemeinsamen Versorgung gemäß dem Zukunftskonzept zur Verfügung stellen können. Zu nennen sind an dieser Stelle:

- Langjährig geschultes, erfahrenes und qualifiziertes Personal mit zum Teil unterschiedlichen Qualifikationen
- Vernetzung und gemeinsame Projekte in unterschiedlichsten Bereichen, die auch jetzt schon wesentlicher Bestandteil von Gemeindepsychiatrischem Verbund West und Regionalkonferenz sind:
  - langjährige Kooperation in Fort- und Weiterbildung,
  - Erarbeitung von einheitlichen Standards, Sprache, Zielen und Methoden (hier sei exemplarisch NAT bzw. 'Offener Dialog' genannt),
- Koordination und Verknüpfung von Leistungen für Anspruchsberechtigte (auch über das SGB XII hinaus)
- Erfahrung in der Akquise von Drittmitteln, bspw. Aktion Mensch, EU-Mittel u.ä.
- Eine schon jetzt gut ausgebaute Infrastruktur in Bezug auf verschiedenste Wohnraumangebote, Begegnungsräumen, aber auch Fahrzeugen u.ä. Gemeinsame Verwaltungsanteile wären wünschenswert.
- Inklusive, zum Teil gemeinsame Freizeitangebote
- Verschiedene Möglichkeiten für Arbeit und Beschäftigung (z.B. ArBiS, GiB, aber auch Tagesstätten usw.)
- Implementierung bzw. Ausbau von Ex-In und Genesungsbegleitung – zum Teil schon vorhanden. Ausbau von Trialog bzw. Tetralog
- Übergreifende Gruppenangebote für Nutzer\*innen im Sinne von Recovery, Empowerment sowie themenzentrierte Gruppen beispielsweise zu Trauma, Sucht, Medikationsreduktion, gutes Leben usw.
- Schon jetzt bestehende Beteiligung an Nachtangeboten und KID

Eine Verlagerung von ambulanten Betreuungsleistungen inklusive Personalressourcen der Anbieter von Eingliederungshilfeleistungen in das „Zentrum für seelische Gesundheit“ soll erfolgen.

Bei dem Konzept geht es prinzipiell darum, die Versorgungs- aber auch die fachlichen Arbeitsformen für die genannte Klientel zu ändern. Dies gilt für alle Träger der Eingliederungshilfe im besagten Einzugsgebiet.

Sofern die Umwandlung in entsprechende neue Leistungstypen seitens der Kostenträger anerkannt wird, könnten die Träger im Bremer Westen ihre pädagogischen Mitarbeiter\*innen einbringen. Derzeit verfügen die Träger im Westen über eine Mitarbeiter\*innen-Zahl von insgesamt 40,8 VK.

### **3.1.2 Ressourcen aus ambulanten Leistungen nach SGB V**

Seit 2001 versorgt die GAPSY in der Region Bremen West Patient\*innen mit Regelleistungsangeboten nach SGB V. Das sind Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) und

Soziotherapie. Darüber hinaus hat die GAPSY mit unterschiedlichen Krankenkassen sog. Besondere Versorgungsverträge nach § 140 a SGB V abgeschlossen. Das sind IV Rückzugsräume, IV Multiprofessionelle Behandlungseinheit - MBE (AOK Bremen/Bremerhaven und hkk), NetzWerk psychische Gesundheit mit der TK und der AOK Bremen/Bremerhaven und Seelische Gesundheit leben – SeGel mit Kassen der GWQ Service Plus AG.

Insgesamt versorgt die GAPSY im Bremer Westen derzeit 100 Menschen pro Monat aufsuchend im Lebensumfeld.

Die GAPSY rechnet ihre Leistungen aktuell über Einzelfallpreise, Fallpauschalen und Zuwendungsmittel ab.

Für den Bremer Westen sind 8-10 Vollzeitkräfte in der ambulanten Versorgung tätig. Im Rückzugshaus arbeiten 8 Vollzeitkräfte. Und des Nachts arbeiten 4,5 Vollzeitkräfte im Kriseninterventionsteam der GAPSY - allerdings mit Aufgaben im gesamten Stadtgebiet.

Als niedrigste und erste Stufe der Zusammenarbeit wäre eine räumliche und organisatorische Verschmelzung im multiprofessionellen Team unter Beibehaltung von Personal und Umsätzen bei der GAPSY anzusehen. Personalüberlassung zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern würde eine Kooperation erleichtern.

Eine Einigung mit den Kostenträgern vorausgesetzt, könnte auch das Budget des Mitte-West Teams in ein neu erstelltes regionales Budget einfließen.

### **3.1.3 Personelle Ressourcen für den Umbau von "Stationär" zu "Ambulant" der Klinik**

Durch den Abbau stationärer Klinikbetten soll erreicht werden, dass die freiwerdenden finanziellen und personellen Ressourcen für einen Umbau der ambulanten Versorgung einer Region genutzt werden. Das Personal, welches zuvor in der Klinik im stationären Kontext gearbeitet hat, soll zukünftig in einem Zentrum für Seelische Gesundheit einer Region und ambulant arbeiten.<sup>37</sup>

Der genaue bisherige Personalbedarf für die stationären und teilstationären Behandlungsplätze und die ambulanten Bereiche des Behandlungszentrums West liegt hier noch nicht vor. Bekannt ist aber der Gesamtpersonalbedarf 2016 (Regeldienst + Leitungskräfte + Nachtwachen). Dieser wird auf 50 Vollzeitkräfte von den Autor\*innen abgeleitet (siehe Fußnote 45).

Bei Einbeziehung von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung ergibt sich für die Zusammensetzung der Mitarbeiter\*innen eines zukünftigen multiprofessionellen Teams des Zentrums für Seelische Gesundheit West – in leichter Abwandlung der o.g. Personalbedarfszahlen – folgendes Gesamtteam:

### **3.2 Das zukünftige multiprofessionelle Team des Zentrums für seelische Gesundheit West und seine Aufgabenteilung in Unterteams**

6 Ärzt\*innen zudem Pflegekräfte, Ergotherapeut\*innen, Dipl. Psycholog\*innen, Sozialdienstkräfte, Bewegungstherapeut\*innen, 6 - 12 Ex-Genesungsbegleiter\*innen – zusammen nach unseren Berechnungen 50 Vollzeitkräfte - können aus dem jetzigen stationären Kontext in das Zentrum für Seelische Gesundheit West wechseln und dort vorwiegend ambulant arbeiten.

Die gemeinsame Aufgabe ist die weitestgehend aufsuchende Behandlung von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen/Störungen in ihrem Lebensfeld im Rahmen eines Standard- und Krisenversorgungsauftrages.

Die inhaltliche Ausrichtung und die Leitlinien gelten wie im zuvor beschriebenen allgemeinen Teil auf Seite 7.

Die Arbeit des gesamten Teams gliedert sich in drei Aufgabenbereiche (zwischen denen einzelne Mitarbeiter\*innen je nach aktuellem Bedarf wechseln können).

#### **3.2.1 Mobiles Interventionsteam 1 und 2**

Analog zu den Erfahrungen im Kreis Herzogtum Lauenburg (Dr. Heißler) ist der Einzugsbereich für ein mobiles Kriseninterventionsteam größenordnungsmäßig etwa auf 40.000 Einwohner\*innen anzusetzen, sodass in Bremen-West zwei mobile Kriseninterventionsteams zu installieren sind, die zum Zentrum für seelische Gesundheit West gehören: Kriseninterventionsteam 1 und 2 (KID 1, KID 2).

Beide Teams sind zuständig für akute ambulante Krisenintervention rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr: Home Treatment, möglichst Vermeidung von stationären Aufenthalten, kurzfristig, multiprofessionell, Beendigung nach Ende der Krise.

Aus dem Mitarbeiter\*innen-Pool werden zwei mobile Kriseninterventionsteams gebildet, eins für Walle/Findorff (56.000 Einwohner\*innen) und eins für Gröpelingen/Oslebshausen (35.000 Einwohner\*innen).

#### **3.2.2 Team für langfristige kontinuierliche Behandlung für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen**

Home Treatment, Assertive Community Treatment, hochfrequent, 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr, multiprofessionell, personelle Kontinuität, Vermeidung und Behandlung von Rückfällen, Team mit Case Management Funktion.

Aus dem Mitarbeiter\*innen-Pool wird ein Team von 11 bis 16 Mitarbeiter\*innen gebildet mit 2 Ärztinnen, Pflegekräften, Dipl. Psycholog\*innen, Sozialdienstmitarbeiter\*innen, Ergotherapeut\*innen, Bewegungstherapeut\*innen und 2 Ex-In-Ausgebildete.

### **3.2.3 Team für die Behandlung von Menschen mit akuten und schweren psychischen Erkrankungen/Krisen, die zeitweise nicht in ihrem Lebensumfeld bzw. mit den personellen Mitteln unter 1. u. 2. behandelt werden können und eines stationären Aufenthaltes bedürfen.**

Bis zu 15 Betten können belegt werden. Aus dem Mitarbeiter\*innen-Pool wird ein Team von 19 Mitarbeiter\*innen gebildet mit 2 Ärzt\*innen, Pflegekräften, Dipl. Psycholog\*innen, Sozialdienstmitarbeiter\*innen, Ergotherapeut\*innen und 2 Ex-In-Ausgebildete.

Sowohl für die Mitarbeiter\*innen wie für die Patient\*innen gilt, dass die drei Arbeitsbereiche nicht voneinander isoliert sind sondern eng kooperieren und Übergänge ermöglichen.

Die aus der früheren stationären Psychiatrie (mit 45 Betten) verbliebenen 15 Betten werden in den Stadtteil West in das Zentrum für seelische Gesundheit verlagert. Die Tätigkeitsfelder der ehemaligen Tagesklinik West mit psychiatrischer Institutsambulanz und Sozialpsychiatrischem Dienst werden in die Aufgabenbereiche des neuen Zentrums für seelische Gesundheit integriert.

Das Zentrum für seelische Gesundheit West soll an seinem Ort nicht nur genügend Räumlichkeiten für die beschriebenen professionellen Tätigkeiten vorhalten sondern darüber hinaus möglichst vielen "nicht psychiatrischen" Aktivitäten Raum bieten, sodass sich engagierte Bürger\*innen am sozialen und kulturellen Geschehen beteiligen können. Das neue Zentrum für seelische Gesundheit wird damit nicht nur ein „Krisenort“ sondern auch ein Ort des bunten Lebens im Stadtteil.

Umgekehrt spielt sich die Arbeit der Mitarbeiter\*innen des Zentrum für seelische Gesundheit – wie beschrieben – nicht dort wie in einer Klinik ab sondern Gemeinwesen- bzw. sozialraumorientiert; soweit wie möglich draußen, an nicht-psychiatrischen Orten.

Dies gilt u.a. insbesondere für den Aufbau von Projekten mit sinnstiftender Tätigkeit, die geeignet sind, Menschen mit und ohne Handicaps zusammen zu bringen, Gemeinschaft zu stiften und den Sozialraum zu beleben. Hierbei ist insbesondere das Know-how der Ergotherapeuten\*innen und Ex-In-Mitarbeiter\*innen gefragt – ebenso das von Mitarbeiter\*innen und Nutzer\*innen anderer Leistungsträger und von ehrenamtlich engagierten Bürger\*innen.

Eine Kooperation mit bereits laufenden und geeigneten Projekten sollte unbedingt angestrebt werden.

Als Beispiel für den Bremer Westen sei hier die Blaue Karawane e.V. genannt, die seit vielen Jahren die sozialpolitische und kulturelle Arbeit fortsetzt (Inklusion), die seiner Zeit mit der Auflösung der psychiatrischen Anstalt Kloster Blankenburg begann.

### **3.3 Trägerübergreifende Kooperation**

Zur detaillierteren Entwicklung des Konzeptes des neuen Zentrums für seelische Gesundheit West, für die Zusammenstellung der Mitarbeiter\*innen-Teams sowie für die Arbeit des neuen Zentrums ist eine trägerübergreifende Kooperation erforderlich und ebenso für den Aufbau und die Zusammenarbeit der weiteren psychiatrischen und nicht psychiatrischen

Angebote im Stadtteil (SGB V u. SGB XII Bereiche, Beschäftigungs- u. Arbeitsprojekte, Gruppenangebote, sozialräumliche Angebote).

Einzubeziehen sind insbesondere Mitarbeiter\*innen der Klinik bzw. des Behandlungszentrums West, der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste mbH (GAPSY), der Träger des betreuten Wohnens und der Heime, der Tagesstätte und außerdem interessierte Hausärzt\*innen, praktizierende Psychiater\*innen, Psychotherapeut\*innen, Ergotherapeut\*innen und auch Vertreter sozialer, kultureller und politischer Institutionen.

Ambulante psychiatrische Behandlung/Betreuung im Lebensfeld der Patient\*innen wird vor allem im Bremer Westen weitestgehend von der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste mbH (GAPSY) geleistet (APP, MBE, Soziotherapie, Rückzugsräume, IV-Netzwerkverträge).

Die hier seit Jahren gesammelten Erfahrungen müssen beim Aufbau des beschriebenen zukünftigen Zentrums für seelische Gesundheit West mit Home Treatment und seinen Kriseninterventionsteams genutzt werden.

Die Einbeziehung der Arbeit und der Ressourcen der GAPSY sind ein wichtiges Element, um die psychiatrische Versorgung im Bremer Westen zu einer trägerübergreifenden Versorgung auf der Basis eines regionalen Budgets umzugestalten.

Unabdingbar für eine lebensfeldorientierte Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung ist neben dem bereits beschriebenen Abbau/Umbau stationärer psychiatrischer Betten (SGB V Bereich) auch eine Umorientierung der psychiatrischen Betreuungsarbeit bei den Wohnbetreuungs- und Heimträgern (SGB XII Bereich): weg von der institutionellen Ausrichtung zu einer Gemeinwesen orientierten Arbeit (Sozialraumpflege, fallunspezifische Arbeit, Home Treatment).

Die Zahl der Heimplätze und der Plätze im betreuten Wohnen liegt im Bremen, für psychisch kranke Menschen im Bremer Westen, laut Berichterstattung der Steuerungsstelle Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe vom Oktober 2015<sup>38</sup> im Jahr 2014 bei 240 Wohnbetreuungsplätze für psychisch kranke Menschen und 38 für Suchtkranke (legale Drogen) sowie 27 Heimplätze für psychisch Kranke und 30 Heimplätze für Suchtkranke.

Für eine neu ausgerichtete Versorgung nach der Logik des Regionalen Budgets sind neben den Ressourcen, die aus dem Abbau der stationären psychiatrischen Betten frei werden, auch die zu nutzen, die aus einem teilweisen Abbau von Betreuungsplätzen in Heimen und im Betreuten Wohnen frei werden. Die frei gewordenen Ressourcen müssen im Rahmen eines verbindlichen Zusammenschlusses der Leistungserbringer im **Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV)** genutzt werden.

---

38 Bericht der Steuerungsstelle Psychiatrie und Sucht vom Oktober 2015

### **3.4 Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) in der Region Bremen West**

Während der GPV in der Vergangenheit seine Aufträge und Aufgaben schwerpunktmäßig im SGB XII Bereich sah, müssen jetzt verbindliche Strukturen aufgebaut werden mit dem Ziel einer koordinierten und Sektor übergreifenden (SGB V und SGB XII Bereich) Versorgung.

Im Bremer Westen braucht der GPV zur Umsetzung des Modellprojektes im Rahmen des regionalen Psychiatricbudgets (RPB) vom gesundheitspolitischen Ressort den Auftrag, diese Strukturen zu entwickeln, um so den regionalen Versorgungsauftrag erfüllen zu können, sich insbesondere um die am schwierigsten zu behandelnden Patienten kümmern zu können: schwer akut und chronisch psychisch erkrankte Patienten, Menschen mit komplexem Hilfebedarf, suchterkrankte Menschen, Menschen mit geistiger Behinderung mit psychischen Störungen, Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter und demenzerkrankte Menschen. (Zu den Aufgaben des GPV sowie der Regionalkonferenz und der notwendigen Steuerung siehe die Seiten 8 bis 10).

## **4. Fazit**

Die Bremer Bürgerschaft fordert seit Jahren eine zunehmend ambulant ausgerichtete psychiatrische Versorgung.

Internationale und nationale Modelle und Studien zeigen, dass eine weitgehende Reduzierung stationärer Kapazitäten zugunsten eines Ausbaus von sozialraumorientierten Angeboten mit Home Treatment und 24-stündiger Krisenintervention eine qualitative Verbesserung der Versorgungssituation herstellt.

Die unterschiedlichen außerklinischen Träger im SGB V und SGB XII Bereich zeigen eine hohe Bereitschaft zur Kooperation und zur gemeinsamen Koordination der Angebote.

Bei einer Budgetlösung gehen die für die regionale Versorgung zur Verfügung stehenden Kapazitäten deutlich über die Ressourcen der psychiatrischen Klinik hinaus.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund im Bremer Westen benötigt von politisch zuständiger Seite den Auftrag, im Rahmen eines Modellprojektes ein Konzept zu erstellen für eine verbindliche Kooperation unter dem Dach eines regionalen Budgets bzw. zur Erstellung der Konzeption einer Managementgesellschaft. Dann besteht eine gute Grundlage für eine auf die Lebenswelt und das Gemeinwesen bezogene Versorgung „aus einer Hand“ mit sektorübergreifenden Strukturen (SGB V und SGB XII).

Anlagen:

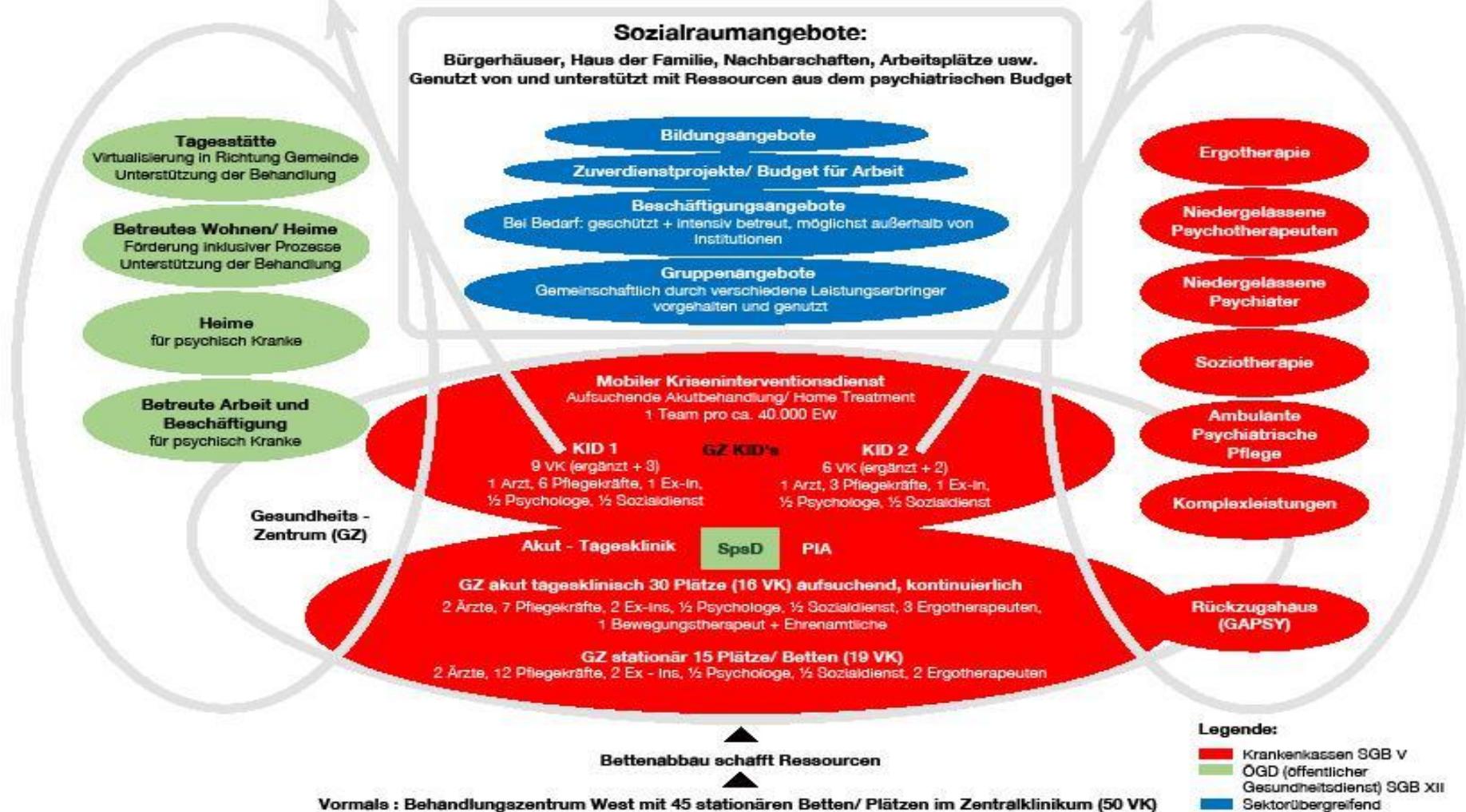
1. Schaubild "Zukunftskonzept für eine regionale psychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen am Beispiel Bremen-West".

Modellkonzept für eine regionale psychiatrische Behandlung und Betreuung am Beispiel Bremen-West

**Zukunftskonzept für eine psychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen am Beispiel Bremen-West**

58.000 Einwohner in Walle/ Findorff

35.000 Einwohner in Gröpelingen/ Oslebshausen



Stand 06.12.2017

24