



**BREMEN
BREMERHAVEN
ZWEI STÄDTE. EIN LAND.**



PSYCHIATRIE- UND SUCHTHILFEPLAN DES LANDES BREMEN 2024

**Die Senatorin für Gesundheit,
Frauen und Verbraucherschutz**



**Freie
Hansestadt
Bremen**

PSYCHIATRIE- UND SUCHTHILFEPLAN

DES LANDES BREMEN 2024

Impressum

Bremen, 2024

Überarbeitete Fassung 1

Herausgeberin

Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (SGFV)

Faulenstraße 9/15

28195 Bremen

Redaktion

Referat 24 – Psychiatrie und Sucht

Umschlag

SGFV

Bildmaterial:

Wipada Wipawin von Getty Images über <https://www.canva.com/>

Cosima Hanebeck Fotografie, <https://www.cosimahanebeck.de/>

Psychiatrie- und Suchthilfeplan des Landes Bremen

2024



Claudia Bernhard
Senatorin für Gesundheit, Frauen
und Verbraucherschutz
©Cosima Hanebeck

Vorwort der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz

Nach dem ambitionierten Bürgerschaftsbeschluss von 2013 ist es gelungen, die maßgeblichen Reformvorhaben umzusetzen. Dafür möchte ich allen Akteuren - Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen, Leistungsträgern und Leistungserbringern, den Beteiligten aus Behörden, Politik, Gremien und Verbänden – meinen Dank aussprechen. Ohne die Bereitschaft aller Beteiligten wäre diese Entwicklung nicht möglich gewesen.

Der Psychiatrie- und Suchthilfeplan 2024 beschreibt, ausgehend von der neugestalteten psychiatrischen Versorgung, die erforderlichen Entwicklungsschritte für die nächsten Jahre. Weiterhin stehen dabei die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und ihren An- und Zugehörigen und die Sozialraumorientierung im Mittelpunkt. Der bisher eingeschlagene Weg soll konsequent weiterverfolgt werden. Dazu gehören die weitere Umsetzung der Transformation mit Home-Treatment-Angeboten in allen Stadtbezirken sowie die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe (EGH) mit einem breiteren Angebotsspektrum, insbesondere für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen.

Gute, respektvolle, menschenrechtsbasierte psychiatrische Angebote zu schaffen, bleibt eine große Aufgabe. Mit dem Psychiatrie- und Suchthilfeplan 2024 formulieren wir Strategien und Ziele, die uns auf diesem Weg entscheidend voranbringen.

Psychiatrie- und Suchthilfeplan des Landes Bremen 2024

1	Einleitung	1
2	Die Psychiatriereform	3
2.1	Die Psychiatriereform in 2013 bis 2022	3
2.1.1	Rahmenbedingungen	3
2.1.2	Umsetzung	3
2.2	Weiterentwicklung der Psychiatriereform	5
2.2.1	Projekt - Weiterentwicklung der Psychiatriereform Bremen	6
2.2.2	Transformation	8
2.2.2.1	Gemeindepsychiatrische Verbände – Grundlage einer neuen Versorgungsstruktur... ..	8
2.2.2.2	Transformation von stationären Behandlungsleistungen in gemeindenah teilstationäre, ambulante und aufsuchende Angebote in der Erwachsenenpsychiatrie	11
2.2.2.3	Budgets in der Eingliederungshilfe	13
2.2.2.4	Aufbau eines integrierten Kriseninterventionsdienstes	14
2.2.3	Stark strukturierte Einrichtung	18
2.2.3.1	Bedarf	18
2.2.3.2	Umsetzung	19
2.2.4	Wohnmöglichkeiten für Obdachlose und Vermittlung von Unterstützung	20
3	Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und der Angebote für Arbeit und Beschäftigung	22
3.1	Eingliederungshilfe	22
3.1.1	Grundsätze des Bundesteilhabegesetzes	22
3.1.2	Bedarf und Angebote	22
3.1.3	Angestrebte inhaltliche Veränderungen	23
3.1.4	Flexibilisierung der Eingliederungshilfe	23
3.1.5	Entwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung	24
3.1.5.1	Klinische Versorgung	24
3.1.5.2	Besondere Wohnformen der Gerontopsychiatrie	24
3.1.5.3	Gerontopsychiatrische Versorgung im allgemeinen psychiatrischen System - betreutes Wohnen und besonderen Wohnform	25
3.1.5.4	Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung	25
3.2	Arbeit und Beschäftigung	28
3.2.1	Die Wechselwirkung von Arbeit und psychischer Erkrankung	28
3.2.2	Angebote aus dem SGB IX	29
4	Kinder- und Jugendpsychiatrie	34
4.1	Überblick stationäre Versorgung Land Bremen	34
4.1.1	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik	34
4.1.2	Teilstationäre Behandlung Land Bremen	34

4.1.3	Ambulante Versorgung Land Bremen.....	35
4.1.4	Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxen mit sozialpsy. Zusatzvereinbarung.....	36
4.1.5	Kleine Kinder mit psychischen Erkrankungen	37
4.1.6	Kooperationen in den Bereichen Bildung, Soziales und Gesundheit	37
4.1.7	Regionale Fachkräfte für psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen	38
4.1.8	Kinder psychisch kranker Eltern	39
4.1.9	Ausblick und Perspektiven der Versorgung	40
5	Weiterentwicklung der Suchthilfe	41
5.1	Situationsanalyse	41
5.2	Politische Rahmenbedingungen	42
5.3	Überlebenshilfen und Niedrigschwellige Kontaktangebote.....	44
5.4	Kommunale Suchtberatung	45
5.4.1	Bedarfsgerechte Beratung von Menschen mit suchtmittelbezogenen Störungen	45
5.4.2	Frühzeitige Erreichung von Betroffenen durch Hilfsangebote.....	46
5.4.3	Digitalisierung der Suchtberatung	47
5.5	Medizinische Hilfen für Suchtkranke	48
5.5.1	Entzugsbehandlung.....	49
5.5.2	Ausweitung psychiatrische Hilfen	50
5.5.3	Substitutionsbehandlung	51
5.6	Hilfe zum Ausstieg.....	52
5.7	Weitere Handlungsnotwendigkeiten	53
5.7.1	Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien	53
5.6.1	Einbezug von Selbsthilfe bzw. „Expert:innen aus Erfahrung“ in die Suchthilfe.....	54
5.7.2	Entstigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen.....	54
6	Maßregelvollzug als Teil der Gemeindepsychiatrie	56
6.1	Der Maßregelvollzug im Land Bremen.....	56
6.2	Die Aufgaben der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz im Rahmen des Maßregelvollzugs.....	57
6.3	Entwicklungen im Maßregelvollzug	58
6.4	Ziele, Lösungsansätze und Planungen.....	61
6.4.1	Dem Belegungsdruck entgegensteuern	61
6.4.2	Prävention stärken – Forensische Unterbringungen vermeiden	62
6.4.3	Genesungsbegleiter:innen in der Forensik etablieren	63
6.4.4	Bedingungen für langzeituntergebrachte Menschen verbessern.....	63
6.5	Exkurs: Versorgung von akut psychisch erkrankten Strafgefangenen	63
7	Transkulturelle Zugänglichkeit der psychiatrischen Versorgung.....	65
8	Anhang.....	79

8.1	Dokumente GPV und HUBIKo	79
8.2	Niedrigschwellige Angebote der Drogenhilfe in Bremen	84
8.3	Flyer DigiSucht	85
8.4	Unterschied zwischen körperlicher Entzug und Qualifizierter Entzugsbehandlung.....	86
8.5	Kommunale Suchtberatungsstellen	87
8.6	Angebote der medizinischen Suchtrehabilitation in Bremen	87
9	Abkürzungsverzeichnis	88

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Beteiligte Mitarbeiter:innen des Referats 24.....	2
Abbildung 2:	Aufgebaute Kommunikations- und Gremienstruktur im Rahmen der Projektlaufzeit.....	6
Abbildung 3:	Orte der gerontopsychiatrischen Versorgung	25
Abbildung 4:	Durchschnittliche Belegung im Maßregelvollzug des Landes Bremen.....	58
Abbildung 5:	Durchschnittliche Belegung im Bremer Maßregelvollzug nach Rechtstiteln	59
Abbildung 6:	Zeitstrahl Arbeitsparkete und Aufgaben.....	77

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Angebote der Behandlungszentren.....	11
Tabelle 2:	Transformation stationärer Behandlungen (Betten) bis 2022.....	12
Tabelle 3:	Tabelle GeNo mit Ist- und Planzahlen	13
Tabelle 4:	Aktuelle Struktur der Krisenangebote (finanziert durch ÖGD-, Modell- und Krankenkassenmittel)	16
Tabelle 5:	Zeiten des integrierten Krisendienst	18
Tabelle 6:	Anzahl der Patienten mit Anordnung nach § 126a StPO in der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Bremen	60
Tabelle 7:	Arbeitspakete	68

1 Einleitung

Die regelmäßige Erstellung eines Psychiatrieplans durch die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (SGFV) ist eine im Bremisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) verankerte gesetzliche Aufgabe. Ziel der Erstellung des Psychiatrie- und Suchthilfeplans für das Land Bremen 2024 ist es, auf Basis der Analyse der bestehenden Versorgungsstrukturen, die Grundlage für ein modernes psychiatrisches Versorgungssystem zu schaffen und weiterzuentwickeln.

Bremen verfügt über ein sehr differenziertes und gut ausgebautes Hilfesystem, das im Nachgang der Psychiatrie-Enquête von 1975 entwickelt wurde. Bereits damals erfolgten zentrale strategische Weichenstellungen: Auflösung der Langzeitklinik Kloster Blankenburg, Einführung von regionalen Versorgungsstrukturen, Ausbau von ambulanten Angeboten und Schaffung eines Eingliederungshilfesystems mit Angeboten für verschiedene Wohnformen sowie Möglichkeiten der Arbeit und Beschäftigung und der Tagesgestaltung.

Der Bürgerschaftsbeschluss „Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen – ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept!“ vom 13.01.2013 knüpfte an diese Entwicklung an und war in zweierlei Hinsicht ein Meilenstein. Zum einen wurde der Reformauftrag für die Psychiatrie von allen Parteien ohne Gegenstimme mitgetragen. Dies zeigt das Interesse der Bremer Politik an der Psychiatrie und der Verbesserung der Teilhabe von Menschen, die seelische Erschütterungen und Suchtmittelmissbrauch erleben. Zum anderen wurde mit dem Beschluss ein Fundament für eine grundlegende Neuorientierung der psychiatrischen Versorgung gelegt.

Im Rahmen des Deputationsberichtes vom 19.01.2019 wurden die Ziele der Reform noch einmal konkretisiert: „Das Ziel der Psychiatriereform ist ein grundsätzlicher Umbau der psychiatrischen Versorgung zu einem regionalen, gemeindeorientierten, ambulan- und hometreatment orientierten System. Lokale Zentren für Seelische Gesundheit sollen als zentrale Orte in den Regionen als Modell einer multiprofessionellen, vernetzten, koordinierten Versorgung etabliert werden.“

Mit anderen Worten: Die psychiatrische Versorgung soll wohnortnah im Sozialraum erbracht werden, bestehende Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie zwischen den Sozialgesetzbüchern V (Leistungen der Krankenversicherung) und IX (Leistungen der Eingliederungshilfe (EGH)) sollen überwunden werden. Die Angebote müssen zugeschnitten auf die individuellen Bedarfe umgesetzt werden. Bei der Planung, Durchführung und Evaluation der Angebote sollen weiterhin Psychiatrieerfahrene und Angehörige einbezogen werden.

Im Rahmen des hier vorgelegten Psychiatrie- und Suchthilfeplans für das Land Bremen wird diese Zielsetzung weiter präzisiert und Konzepte zur Umsetzung dargestellt.

Wie dem Titel zu entnehmen ist, wird der Fokus nicht allein auf die psychiatrische Versorgung gelegt, sondern auch auf die Suchthilfe im Bereich der legalen als auch der illegalen Suchtformen. Die beiden Versorgungssysteme – Psychiatrie und Suchthilfe – wurde lange Zeit getrennt voneinander betrachtet, obwohl eine Suchterkrankung auch eine psychische Erkrankung ist und viele Menschen Suchtmittel konsumieren und klassische psychiatrische Symptome erleben. Bei einer integrierten Planung von Psychiatrie und Suchthilfe darf dennoch nicht auf eine Differenzierung verzichtet werden, um den jeweiligen Spezifika Rechnung zu tragen.

Der Plan zur Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen einschließlich Suchterkrankungen ist nicht am „grünen Tisch“ entstanden. Eine Veränderung von Strukturen kann nur gelingen, wenn sowohl die Leistungserbringer, die Kostenträger und schließlich auch die Betroffenen und Angehörigen einbezogen werden. Daher wurde versucht, unter Berücksichtigung der Corona-Bedingungen eine breite Beteiligung zu realisieren.

Auch wenn mit dem Bürgerschaftsbeschluss grundlegende Veränderungen des Versorgungssystems angestrebt sind, gibt es eine Reihe von Themen, die damit nicht oder nicht hinreichend abgedeckt werden. Daher wurden im Jahr 2020 im Rahmen einer „Umfrage zum Landespsychiatrie- und Suchthilfeplan“ ein breites Spektrum an Akteur:innen der psychiatrischen Versorgung (u.a. Leistungserbringer:innen, Ämter, Kammern, Krankenkassen, Kostenträger, Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene) zu 15 Handlungsfeldern nach Handlungsbedarf und Vorschlägen für Maßnahmen gefragt. Diese Ergebnisse sind in den vorliegenden Plan mit eingeflossen und waren Grundlage für das Projekt „Weiterentwicklung der Psychiatriereform“ (Kap. 2.2.1).

Verantwortlich für die finale Erstellung des Psychiatrie- und Suchthilfeplans ist das Referat 24 bei der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz.

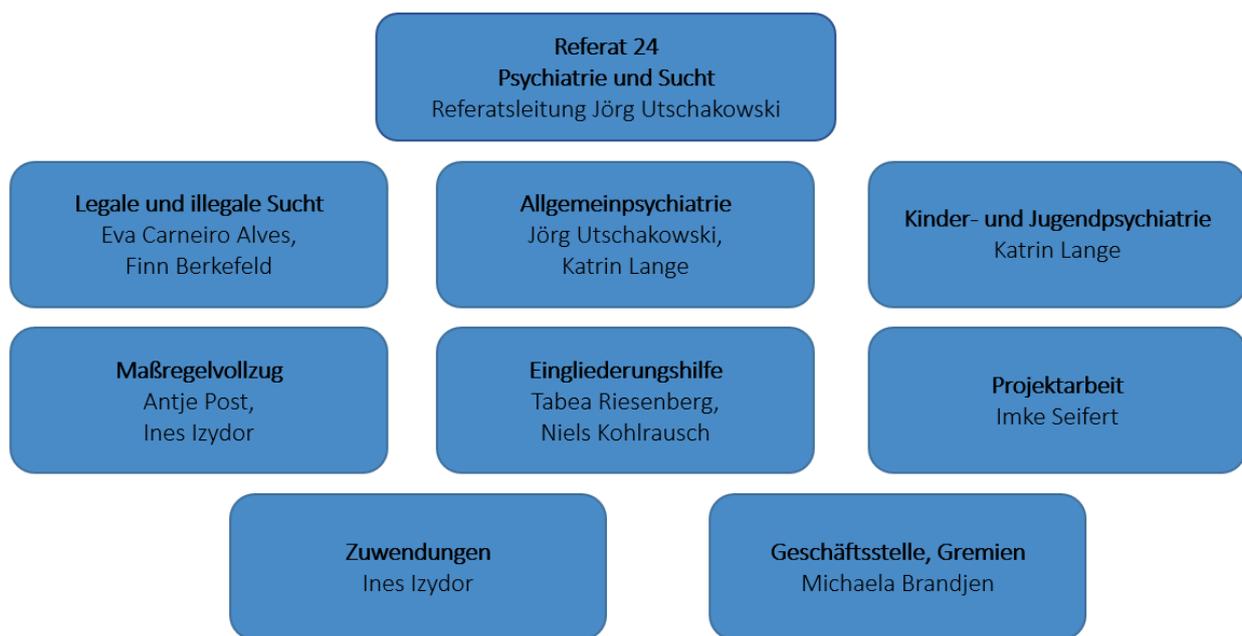


Abbildung 1: Beteiligte Mitarbeiter:innen des Referats 24

2 Die Psychiatriereform

Das zweite Kapitel befasst sich mit der Psychiatriereform 2013-2022 sowie mit der Weiterentwicklung der Psychiatriereform.

2.1 Die Psychiatriereform in 2013 bis 2022

Im den folgenden beiden Abschnitten werden die Rahmenbedingungen der Psychiatriereform sowie deren Umsetzung kurz umrissen.

2.1.1 Rahmenbedingungen

Die Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), das in vier zeitversetzten Reformstufen bis 2023 in Kraft tritt und eine rechtliche Grundlage für selbstbestimmtere Hilfen und bessere Teilhabe darstellt sowie die Belange der Menschen mit komplexen Hilfebedarfen stärker berücksichtigt, schafft neue Handlungsmöglichkeiten in der Eingliederungshilfe. Daher gilt es, die Psychiatriereform mit der BTHG-Umsetzung zu verzahnen. Auch der Landesaktionsplan zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nation (UN-BRK) bietet viele Ansatzpunkte, die sich mit den Zielen des Psychiatrie- und Suchthilfeplans decken. Hierzu gehören unter anderem der Ausbau der Beschäftigung von Genesungsbegleiter:innen und die Priorisierung der wohnortnahen Versorgung. Nicht zuletzt hat die WHO in ihren Leitlinien für gemeindepsychiatrische Dienste 2021 folgende Grundprinzipien festgelegt:

- Personenzentriert
- Rechtebasiert
- Recoveryorientiert
- Gemeindebasiert

2.1.2 Umsetzung

Im Bürgerschaftsbeschluss 2013 sind klare Leitlinien formuliert worden, die die Ausrichtung der Psychiatrie in den letzten 10 Jahren bestimmt haben:

1. Aufbau Gemeindepsychiatrischer Verbände
2. Vorlagen zur Erprobung eines Regionalbudgets im Bereich SGB V §64b und im Bereich des SGB XII (heute SGB IX)
3. Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen
4. Festlegung von Steuerungsverantwortung auf den verschiedenen Ebenen der Versorgung
5. Aufbau eines Verbraucherschutzes in der psychiatrischen Versorgung
6. Maßnahmen zur Prävention und Inklusion

Auf dieser Basis hat sich die Psychiatriereform in vielen Punkten gut weiterentwickelt:

Die **Gemeindepsychiatrischen Verbände** (GPV) sind landesweit etabliert (siehe Kapitel 2.2.1.1).

Nach dem Scheitern des SGB V **§64b- Modellvorhabens** in Bremerhaven ist nun der Vertragsabschluss über ein Modellvorhaben in Bremen zwischen der Gesundheit Nord GmbH – Klinikverbund Bremen (GeNo) und den Krankenkassen geschlossen worden (siehe Kapitel 2.2.1.2).

Auch in der Eingliederungshilfe sind Budget-Projekte in Vorbereitung (siehe Kapitel 2.2.1.3).

Die **Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen** in die Planung, Durchführung und Evaluation der psychiatrischen Versorgung ist ein wichtiges Anliegen der Psychiatriereform in Bremen und hat sich in den Jahren immer besser entwickelt. Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige werden in allen wichtigen psychiatrischen Gremien zur Planung und Evaluation der psychiatrischen Versorgung auf regionaler - und Landesebene beteiligt. Das Psychiatrie- und Suchthilfereferat bei der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz trifft sich regelmäßig mit dem Plenum der Psychiatrie- und Sucht-Erfahrenen und deren Angehörigen zur Analyse der Umsetzung der Psychiatriereform. Die Anzahl der als Genesungsbegleiter:innen beschäftigten Psychiatrie-Erfahrenen nimmt zu.

Die im Rahmen des Landesaktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention geforderten Maßnahmen decken sich weitgehend mit den Zielen der Psychiatriereform.

Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz (SGFV) hat die **Steuerungsverantwortung** für die Psychiatriereform übernommen und 2022 ein Nachfolgeprojekt zur Psychiatriereform aufgelegt (siehe Kapitel 2.2.1).

Kernelemente des Projektes sind die Steuerungsgruppen:

1. Transformation
2. Besondere Herausforderungen
3. Struktur und Transparenz.

Ein wesentliches Element des **Verbraucherschutzes** ist durch die Fürsprachestellen in allen Gemeindepsychiatrischen Verbänden und durch die Patientenfürsprecher:innen in den psychiatrischen Kliniken etabliert.

Die Qualitätsberichte der Gemeindepsychiatrischen Verbände geben Auskunft über die regionale Umsetzung der Psychiatriereform und die Umsetzung anerkannter psychiatrischer Behandlungs- und Versorgungsstandards. Die Qualitätsindikatoren wurden gemeinsam mit dem Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) an der Universität Bremen und der Begleitgruppe Psychiatriereform entwickelt und ausgewertet, mittlerweile übernimmt dies das Referat 24 Psychiatrie und Sucht der SGFV.

Durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) werden die Rechte der Leistungsberechtigten besonders gestärkt. Das Wunsch- und Wahlrecht steht dabei im Mittelpunkt. Gemeinsam mit dem Sozialressort, den Leistungserbringern und den Interessenverbänden der Menschen mit Behinderungen wird die Implementierung, orientiert an der UN-Behindertenrechtskonvention, geplant und umgesetzt.

Zudem wurden über das Bundesteilhabegesetz (BTHG) in Bremen „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatungsstellen“ eingerichtet. Eine Beratungsstelle bietet explizit Beratung durch Psychiatrie-Erfahrene an.

Die Besuchskommission ist ein weiteres wichtiges Element des Verbraucherschutzes. Die Besuchskommission hat ihre Vorgehensweise in den letzten Jahren immer weiterentwickelt und dadurch an Effektivität gewonnen. In den letzten Jahren wurde die Besuchszeit von zwei auf drei Stunden ausgeweitet. Der Ablauf der Besuche wurde effizienter strukturiert (verbindliche Vor- und Nachbesprechung, Standardfragebogen). Für die verschiedenen Einrichtungen sind innerhalb der Kommission Sprecher:innen benannt, die kontinuierlich die Entwicklung „ihrer“ Einrichtung im Blick behalten. Für die Forensik hat sich innerhalb der BK eine Kleingruppe gebildet. Zusätzlich wurde das Beschwerdemanagement außerhalb der eigentlichen Besuche neu organisiert. Alle Kliniken haben in

den letzten Jahren Zwangsvermeidungskonzepte entwickelt. Die Umsetzung wird durch die Fachaufsicht (Referat Psychiatrie und Sucht) und durch die Besuchskommission überprüft. Seit Januar 2022 bis Ende 2023 wird ein Gewaltvermeidungsprojekt in Bremen durchgeführt, das auf den Ergebnissen eines dreijährigen Forschungsprojektes zur Gewaltprävention (Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem (ZVP); Laufzeit: 15.08.2016 – 31.07.2019) aufbaut. Die Abschlusspräsentation des Forschungsprojektes auf einer 2-tägigen Tagung im September 2021 in Bremen war gleichzeitig der Startschuss des Bremer Projektes.

Die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben, bzw. die Gewährung von Leistungen die diese ermöglichen ist der zentrale Gedanke des BTHG (§1). Ein ebenso zentrales Ziel des Gesetzes ist es, den Eintritt einer Behinderung oder Beeinträchtigung zu vermeiden (§3). Prävention und Inklusion sind dementsprechend wichtige Anliegen des Landesaktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und des Bundesteilhabegesetzes, und dieser Fokus bildet sich auch in der Auswahl der Maßnahmen im Themenfeld seelische Gesundheit des Landesaktionsplans zur Umsetzung der UN-BRK ab. So finden sich unter den Maßnahmen des aktuellen Neuentwurfs die Etablierung eines 24h Krisendienstes zur Vermeidung von Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken oder der Aufbau von in den Regionen verankerten Zentren für seelische Gesundheit. In Kooperation mit der Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration (SASJI) setzt die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz so das Bundesteilhabegesetz in Bremen um (siehe Kapitel 3). Die Implementierung der Nachtcafés in Bremen und Bremerhaven als niedrigschwellige Krisenanlaufstellen leistet einen wichtigen Beitrag zur Prävention. Aber auch die Verlagerung der Krankenhausversorgung in die Stadtregionen durch Hometreatment-Angebote sind als sozialraumorientierte Maßnahmen ein wichtiger Bestandteil von Prävention und Inklusion (siehe Kapitel 2.2.2.)

2.2 Weiterentwicklung der Psychiatriereform

In den vergangenen Jahren haben gesetzliche, strukturelle und methodische Neuerungen und Erkenntnisse die Psychiatrie maßgeblich beeinflusst. Die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention durch die Bundesrepublik Deutschland liegt zwar schon 15 Jahre zurück, ihre Umsetzung stellt aber weiterhin eine besondere Herausforderung dar. Dies betrifft die gesetzlichen Grundlagen psychiatrischen Handelns und damit auch die Versorgungsplanung. Die UN-BRK hatte viel Einfluss auf das Bundesteilhabegesetz, die Reform des Betreuungsrechts und auch auf das Bremer PsychKG. Bei all diesen Gesetzen steht die Selbstbestimmung der Betroffenen im Mittelpunkt. D.h.: Es sollen keine Entscheidungen mehr für Menschen mit Beeinträchtigungen getroffen, vielmehr sollen sie in ihrer eigenen Entscheidungsfindung unterstützt werden. Bedarfe und Hilfen sollen nicht mehr durch andere festgelegt werden, stattdessen sollen das Wunsch- und Wahlrecht maßgeblich sein. Damit verbunden ist auch die Vermeidung von Zwang. Dies erfordert die Veränderung der Unterbringungsgesetze wie das Bremer PsychKG. In den 1980er Jahren entschloss sich der Bremer Senat Bremen als erstes Bundesland die Langzeitpsychiatrie aufzulösen, weil die durch die Bundesregierung eingesetzte Enquete-Kommission attestierte, dass die Bedingungen in solchen Einrichtungen als elend und menschenunwürdig zu bezeichnen seien. Damals wusste man noch nicht wie die Betroffenen stattdessen versorgt werden sollten, aber es war klar, dass es so nicht bleiben konnte. Mittlerweile sind die damals entwickelten Lösungen wie Betreutes Wohnen oder Sozialpsychiatrische Dienste längst zur Selbstverständlichkeit geworden. Heute stehen wir vor ähnlichen Herausforderungen, der gesellschaftliche und politische Diskurs, die Betonung der Menschenrechte der Betroffenen, die Kritik an Bevormundung und Zwang fordert, den Mut zu zeigen, nach neuen Lösungen zu suchen. Was heute ungewöhnlich erscheint, ist schon bald gewohnte Praxis.

2.2.1 Projekt - Weiterentwicklung der Psychiatriereform Bremen

Im Rahmen des zweijährigen Projekts „Stärkung psychischer Gesundheit - Weiterentwicklung der Psychiatriereform Bremen (WePse)“ (Mai 2022 bis April 2024) wird auf die bisher erreichten Ergebnisse der Psychiatriereform aufgebaut. Ziel des Projekts ist die Weiterentwicklung bereits angestoßener Prozesse der Psychiatriereform (siehe Kapitel 2.1.), diese in neu gegründeten Arbeitsgruppen zu analysieren, ggf. modifizieren und neue Impulse für den weiteren Umsetzungsprozess zu entwickeln.

Durch die Etablierung einer neuen Kommunikations- und Gremienstruktur für die Projektlaufzeit findet eine bessere Vernetzung der Leistungserbringer und Kostenträger der verschiedenen Bereiche statt, die einen geordneten und gebündelten Informationsaustausch ermöglicht (siehe Abbildung 2, S. 5).

Kernelemente des Projektes sind:

- die Versorgungsqualität der Nutzer:innen in den Mittelpunkt zu stellen
- eine enge Zusammenarbeit aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Akteur:innen
- Entwicklungen gemeinsam abstimmen
- das Sicherstellen eines Kommunikations- und Informationsaustauschs im Versorgungssystem
- die optimale Nutzung vorhandener ökonomischer, personeller und organisatorischer Ressourcen
- eine Vergütung, die sich passgenau an den Erfordernissen der Versorgung der Leistungsberechtigten orientiert und Nachhaltigkeit der Unterstützung sicherstellt

Kommunikations- und Gremienstruktur

Die Gremienstruktur ermöglicht einen sektoren- und funktionsübergreifenden Informationsaustausch zwischen allen beteiligten Akteur:innen in der psychiatrischen Versorgung.

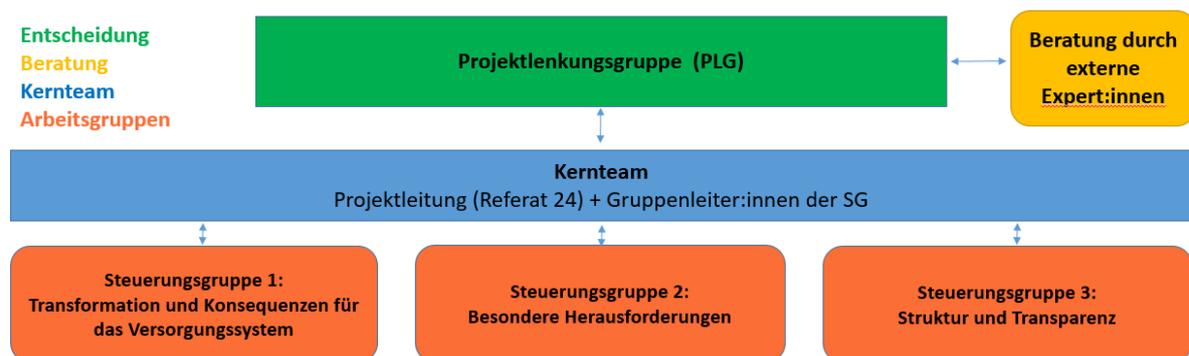


Abbildung 2: Aufgebaute Kommunikations- und Gremienstruktur im Rahmen der Projektlaufzeit

In der Projektlenkungsgruppe (PLG) finden sich u.a. Leitungskräfte und Entscheidungsträger:innen aus den Ressorts Soziales und Gesundheit, den Leistungserbringern wie den Kliniken im Land Bremen und Eingliederungshilfeträgern sowie der Krankenkassen, aber auch Psychiatrie- und Suchterfahrene und Angehörige. Die Projektlenkungsgruppe steht im engen Austausch mit dem Kernteam und wird von externen Expert:innen beraten.

Die senatorische Behörde für Gesundheit (Referat 24) übernimmt die Projektleitung für den Prozess der Reform der Organisationsstruktur. Zusammen mit den Sprecher:innen aus den Steuerungsgruppen

(SG) bilden sie das Kernteam und gewährleisten den Kommunikations- und Informationsaustausch zwischen den Gremien.

Die Steuerungsgruppe besteht aus Vertreter:innen von Leistungserbringern und Kostenträgern, Vertreter:innen der GPVs, dem Landebehindertenbeauftragten sowie aus Psychiatrie- und Suchterfahrenen. Die Arbeit erfolgt themenbezogenen.

Themen der Steuerungsgruppen:

SG 1: Transformation und Konsequenzen für das Versorgungssystem

Die SG 1 setzt sich mit dem aktuellen Stand und den geplanten Prozessen der Transformation und den damit verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungssystem auseinander, mit dem Ziel die Transformation zu stärken. Hierbei steht die Umsetzung von drei im Koalitionsvertrag formulierter Maßnahmen im Mittelpunkt:

1. Stärkung der Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) als Gremien für die Entwicklung praktischer Versorgungsangebote und die Steuerung der Versorgung¹.
2. Stärkung und der Ausbau der Angebote in der Eingliederungshilfe (EGH) für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen. Realisierung einer stark strukturierten Einrichtung (SsE).²
3. Krisendienst: Etablierung eines integrierten Krisendienstkonzeptes³ (siehe Kapitel 2.2.1.3).

SG 2: Besondere Herausforderungen

Die Arbeit der SG 2 fokussiert sich auf:

- Definition von Qualitätszielen für die Psychiatrische- und Suchthilfeversorgung
- Reduzierung der Zwangsbehandlung
- Reduzierung der Zahl forensischer Unterbringungen
- Steigerung des Erreichungsgrades von Menschen mit Suchterkrankungen

Eine Bestandsaufnahme sowie eine Bedarfsanalyse zu den Zielthemen sind erfolgt. Empfehlungen für Maßnahmen zur Verbesserung der IST-Analyse und der Ziele der SG 2 sind an die PLG verfasst.

SG3: Struktur und Transparenz

Wie unter 2.2.1.1 detailliert beschrieben, sind die sechs GPVs als zentraler Bestandteil der Psychiatriereform aufgebaut und die trägerübergreifende Hilfe-Unterstützungs-Behandlungs-Inklusions-Konferenz (HUBIKo) in den Regionen sowie von regionsübergreifenden Verbündekonferenzen etabliert. Bei der Analyse der HUBIKo sehen Mitglieder der SG 3 (und der GPVs) Verbesserungspotential.

¹ Siehe Veränderung gestalten: sicher, soziale, ökologisch. Koalitionsvertrag für die 21. Wahlperiode der Bremischen Bürgerschaft; Zeile 5565-5566: die Psychiatriereform mit dem Ziel weiterentwickeln, eine wohnortnahe psychiatrische Versorgung sicherzustellen und die gemeindepsychiatrischen Verbände zu stärken

² Ebd. Zeile 5575-5578: um soziale Kontakte im Wohnumfeld nicht zu erschweren und eine Rückkehr in die gewohnte Lebensumgebung zu ermöglichen werden für chronisch psychisch kranke Menschen mit Selbst- und/oder Fremdgefährdungspotential, die in den letzten Jahren oft in geschlossenen Einrichtungen außerhalb Bremens untergebracht wurden eine hochstrukturierte Unterbringungsform aufbauen.

³ Ebd. Zeile 5570-5574: den Krisendienst des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu einem 24/7-Krisendienst in Steuerungsverantwortung des ÖGD ausbauen, um die Akuthilfe bei psychischen Krisen zu verbessern und stationäre Einweisungen möglichst zu verhindern. Dieser soll in allen Stadtteilen gut erreichbar und primär aufsuchend arbeiten. Die bisherigen Strukturen der psychiatrischen Versorgung im Krisenfall sind dementsprechend umzuorganisieren.

Ziel der SG 3 sind Möglichkeiten zur Verbesserung aufgrund der Analyse der GPVs zur Verfügung zu stellen. Ein weiteres Ziel der SG 3 ist die Überprüfung der Wirksamkeit von Gremien und Arbeitsgruppen im Lande Bremen in der psychiatrischen Versorgung, auch hinsichtlich der Schaffung von Synergien aber auch der Vermeidung von Doppelangeboten. Eine neue Gremienstruktur ist in der SG 3 entwickelt worden, mit dem Ziel, diese innerhalb des Projekts zu konsentieren und umzusetzen.

Durch die Einbindung aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Akteur:innen ist das Ziel der Empfehlungen und angestoßenen Prozesse der SG in der PLG zu konsentieren und die Zustimmung aller zu erhalten, um dies auch über die Projektlaufzeit hinaus weiter voranzubringen.

Öffentlichkeitsarbeit

Der Fachöffentlichkeit wurde das Projekt („Stärkung psychischer Gesundheit - Weiterentwicklung der Psychiatriereform Bremen (WePse)“) und die damit einhergehende neue Kommunikations- und Gremienstruktur im Juni 2022 vorgestellt und diskutiert. Des Weiteren wurde die Veranstaltungsreihe Psychiatrie 2.0 unter dem neuen Namen „Forum Seelische Gesundheit“ fortgeführt, bei der die Weiterentwicklung der Psychiatrie und damit verbundene Prozesse der Fachöffentlichkeit vorgestellt und mit den lokal Handelnden im Bereich Psychiatrie und Suchthilfe, Psychiatrie- und Suchtbetroffenen, externen Expert:innen sowie interessierten Bürger:innen und Bürgern diskutiert werden kann.

2.2.2 Transformation

In den folgenden Kapiteln werden die Kernelemente der Transformation dargestellt.

2.2.2.1 Gemeindepsychiatrische Verbände – Grundlage einer neuen Versorgungsstruktur

Die Einrichtung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV) war ein zentraler Bestandteil der Psychiatriereform, der auch in der Koalitionsvereinbarung 2019 - 2023 explizit benannt wurde. Die Grundlagen der Zusammenarbeit in den GPVs wurden in einem mehrjährigen Prozess in verschiedenen Gremien und Workshops zwischen Leistungserbringern, der SGFV, den Gesundheitsämtern Bremen und Bremerhaven sowie Psychiatrie- und Suchthilfeverfahrenen und Angehörigen entwickelt.

Im Land Bremen gibt es seit 2020 sechs GPVs in den Regionen Bremen-Nord, Bremen-Mitte, Bremen-Süd, Bremen-Ost und Bremen-West, in Bremerhaven ist es die gesamte Stadt. Alle GPVs arbeiten auf der gleichen Grundlage.

Die GPVs bilden das organisatorische Gerüst eines regionalen, gemeindeorientierten, ambulanzen- und hometreatmentorientierten Systems. Sie bestehen aus einem Zusammenschluss aller wesentlichen für die psychiatrische Versorgung verantwortlichen Leistungserbringer (aus den Bereichen Sozialgesetzbuch V, Sozialgesetzbuch IX sowie des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)) und übernehmen jeweils die Versorgungsverantwortung für eine Region. Zielgruppe der GPVs sind Menschen mit einer seelischen Erkrankung in einer Region, schwerpunktmäßig mit schweren psychischen und Suchterkrankungen und damit verbundenen komplexen Hilfebedarfen. Die durch den GPV angebotenen Hilfen sollen alle Lebensbereiche umfassen, u.a. Akutbehandlung, längerfristige Beratung, Behandlung, Assistenz, Selbstversorgung, Wohnen, Arbeit, Ausbildung, Beschäftigung und Tagesstrukturierung.

In Bremerhaven und auch in zwei Bremer Regionen gab es schon länger Zusammenschlüsse der Leistungserbringer im Sinne eines GPVs, diese wurden aber in der Vergangenheit unabhängig

voneinander entwickelt und ausgestaltet. In dem Modellprojekt „Sektorenübergreifende Versorgung im Bremer Osten (SÜB)“ wurde ab 2014 unter Beteiligung der Gesellschaft für Seelische Gesundheit Arbeiter-Samariter Bund (ASB), der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste (GAPSY) und dem Klinikum Bremen-Ost (KBO) eine träger- und sektorenübergreifende Versorgung erprobt. Erfahrungen aus SÜB flossen in die Neuausrichtung der GPVs im Land Bremen ein.

Im Zuge der Psychiatriereform wurde die Struktur der GPVs angeglichen und die Satzungen, die Kooperationsverträge der Mitglieder untereinander sowie die Geschäftsordnungen weitgehend vereinheitlicht. Gemeinsame Prinzipien sind:

- Die Bildung von Kooperationen zur Optimierung der Behandlung und der Hilfen zur Teilhabe (Sucht, Psychiatrie; Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen)
- Die Nutzung der regionalen Kooperation und Ressourcen zur Versorgung von Menschen mit komplexen Hilfebedarfen
- Die Vorbereitung und Unterstützung der Transformation stationärer Angebote
- Das regionale Beschwerdemanagement auch im Sinne von Qualitätsmanagement
- Die Organisation verbindlich vereinbarter bzw. vertraglich gesicherter Kooperationsstrukturen
- Die Etablierung von trägerübergreifenden HUBIKos (=Hilfe-, Unterstützungs-, Behandlungs- und Inklusionskonferenz) in den Regionen sowie von regionsübergreifenden Verbündekonferenzen
- Die Evaluation anhand von Qualitätsindikatoren⁴

In Bremerhaven gibt es seit Anfang der 90er Jahre mit dem Psychosozialen Arbeitskreis (PSAK) einen gemeindepsychiatrischen Verbund. Der PSAK ist das übergeordnete Gremium der psychosozialen Versorgung in Bremerhaven.

Unter dem Dach des PSAK sind zielgruppenspezifische Koordinierungsausschüsse tätig für:

- Menschen mit psychischer Erkrankung
- Menschen mit Abhängigkeitserkrankung
- Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung
- Kinder- und Jugendliche

Mitglieder des PSAK sind Leistungserbringer der Eingliederungshilfe Psychiatrie, Sucht und geistig mehrfacher Behinderung, der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamts, die Psychiatriekoordination des Gesundheitsamts, das Sozialamt, Amt für Jugend, Familie und Frauen, Amt für Menschen mit Behinderung, das Behandlungszentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide (KBR), Leistungserbringer der Soziotherapie gemäß SGB V, Sprecher:innen der niedergelassenen Fachärzte und -ärztinnen Psychiatrie, der Arbeitskreis Selbsthilfe Sucht, Betreuungsverein Bremerhaven, Vertreter:innen Psychiatrienutzer:innen, Expert:innen Partnerschaft (EXPA), sowie das Modellprojekt Fürsprache und Beschwerde (assoziiert). Gegenüber Verwaltung und politischen Gremien wie dem Gesundheitsausschuss übt der PSAK durch die Erarbeitung von Stellungnahmen eine beratende Funktion aus.

⁴ Anhang 1: Dokumente GPV und HUBIKo

Die Geschäftsführung des PSAK und der Koordinierungsausschüsse liegt bei dem Psychiatriekoordinator des Gesundheitsamts Bremerhaven und seit 2021 zusätzlich bei der Vertretung der Leistungserbringer. Analog der Entwicklung der GPV in Bremen hat auch der PSAK im Jahr 2020 seine Geschäftsordnung aktualisiert und Grundsätze der Zusammenarbeit vereinbart. Dort ist auch eine gemeinsame Wahrnehmung der Versorgungsverpflichtung verbindlich festgehalten. Bremen ist damit die erste Großstadt und mit Bremerhaven das erste Bundesland, in dem die psychiatrische Versorgung vollständig mit regionalen GPVs abgedeckt ist. Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass in allen GPVs auch die Kliniken vertreten sind.

Die GPVs arbeiten in regionaler Zuständigkeit, aber auf den gleichen inhaltlichen und strukturellen Grundlagen. In der Praxis der Umsetzung der gemeinsamen Kooperationsvereinbarungen und Verfahrensweisen treten in allen Regionen in Bremen ähnliche Schwierigkeiten zutage. Diese zeigen sich aktuell vor allem im Bereich der HUBIKos und Verbündekonferenzen, die häufig noch keine zufriedenstellenden Ergebnisse hervorbringen. Es zeigt sich, dass diese Schwierigkeiten zum Teil auf der regionalen Ebene besprochen werden müssen, vor allem wenn es um die konkrete Kooperation zwischen verschiedenen Leistungserbringern geht. Gleichzeitig zeigen sich aber übergreifende strukturelle Schwierigkeiten (u.a. mangelnde Verbindlichkeit in der Teilnahme, geringer Spielraum durch Versorgungsengpässe, unterschiedliche Rollenerwartungen, etc.) in allen Regionen. Weitere Themen sind Struktur und Auftrag der GPV-Sitzungen, die sich in der Region sehr unterschiedlich entwickeln.

Um diesen Schwierigkeiten zu begegnen, ist die Einführung von Kommunikations- und Austauschstrukturen aller GPVs untereinander in Planung. Diese sollen dem Austausch von Ideen und Vorgehensweisen dienen sowie übergreifende, strukturelle Schwierigkeiten gemeinsam lösen. Die Entwicklung sinnvoller Austausch-Strukturen ist als Thema in der Steuerungsgruppe 3 zur Psychiatriereform „Struktur und Transparenz“ verortet und wird dort gemeinsam erarbeitet. Die Steuerungsgruppe hat Ende 2023 einen neuen Entwurf für das Gremiensystem vorgelegt, der seit Anfang des Jahres 2024 in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden beraten wird. Eine Abstimmung und Verabschiedung ist in der ersten Jahreshälfte 2024 geplant. Ebenso werden in diesem Gremium Probleme bei der Einführung der neuen Strukturen von HUBIKo und Verbündekonferenzen analysiert und Ideen zur Überarbeitung entwickelt (siehe Kapitel 2.2.1.)

Der Daten- und Informationsaustausch innerhalb der GPVs, insbesondere bei der Durchführung der HUBIKos und der Verbündekonferenz ist äußerst aufwendig, da er bei geschützten Daten über den Postweg erfolgen muss. Eine digitale Vernetzung ist erforderlich, um die Zusammenarbeit zu erleichtern. Bislang konnte kein gemeinsames digitales Format für den Datenaustausch gefunden werden. Dies liegt darin begründet, dass die beteiligten Institutionen in den meisten Fällen nicht kompatible IT-Systeme verwenden.

Derzeit wird im Rahmen des Projekts zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform über einen datenschutzkonformen digitalen Austausch unter den Mitgliedern des GPVs beraten.

Das verbindende Ziel aller Maßnahmen im GPV ist es, für Patient:innen eine niedrighschwellig zugängliche Hilfestruktur zu schaffen und vor allem die Hilfen miteinander sinnvoll zu vernetzen. Patient:innen sollen Hilfestellungen als ineinandergreifend und individuell wirksam erleben.

Aufgabe 1: Die Struktur für ein erneuertes Gremiensystem muss abgestimmt und implementiert werden.

Aufgabe 2: Das Format der HUBIKo und der Verbündekonferenz muss überarbeitet werden.

2.2.2.2 Transformation von stationären Behandlungsleistungen in gemeindenahe teilstationäre, ambulante und aufsuchende Angebote in der Erwachsenenpsychiatrie

Die beiden folgenden Kapitel beschreiben die Ausgangslage sowie den Umsetzungstand der Transformation von stationären Behandlungsleistungen in gemeindenahe teilstationäre, ambulante und aufsuchende Angebote.

Ausgangslage

Die Transformation von stationären Behandlungsleistungen in gemeindeorientierte teilstationäre, ambulante und aufsuchende Angebote ist ein wichtiges Ziel der Psychiatriereform in Bremen. Die SGFV kann in ihrer Funktion als Krankenhausplanungsbehörde für das Land Bremen steuernd darauf einwirken. Mit der Umwandlung von vollstationären Plätzen in den Aufbau von ambulanten und aufsuchenden Angeboten ist es jedoch nicht getan. Neben der Bereitschaft und der aktiven Beteiligung der Kliniken ist auch ein aktives Mitgestalten der Eingliederungshelfeträger und anderer Akteur:innen erforderlich. Nur so kann verhindert werden, dass Menschen in Kliniken hospitalisieren oder Bremen verlassen müssen, um angemessene Angebote zu erhalten. Ein wichtiges Steuerungsinstrument hierfür sind die gemeindepsychiatrischen Verbünde (siehe Kapitel 2.2.1.1).

Tabelle 1: Angebote der Behandlungszentren

Angebot	BHZ Nord	BHZ West	BHZ Mitte	BHZ Süd	BHZ Ost	Bremerhaven
Sozialpsychiatrischer Dienst	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja, im Gesundheitsamt
Psychiatrische Institutsambulanz	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja, im KBR
Tagesklinik	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja, im KBR
BravO - Bremen ambulant vor Ort/StäB*	Noch nicht	Noch nicht	BravO	BravO	BravO	StäB* im KBR
Vollstationäre Versorgung	Ja, im KBN	Ja, im KBO	Ja, im KBO	Ja, im KBO	Ja, im KBO	Ja, im KBR

*= Stationsäquivalente Behandlung

Ausgangspunkt der Transformation war eine in Teilen umgesetzte Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung für erwachsene psychisch kranke und suchtkranke Menschen. In Bremen wurden in fünf Regionen (Nord, Süd, West, Ost und Mitte) Behandlungszentren geschaffen. Jedes Behandlungszentrum besteht aus einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) sowie tagesklinischen Versorgungsangeboten und in Bremen-Nord auch aus vollstationären Behandlungsmöglichkeiten. Integriert sind auch die Leistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, die – anders als Krankenhausleistungen – steuerfinanziert sind und auch auf einer anderen rechtlichen Grundlage beruhen (ÖGDG). In der Stadt Bremen werden die Leistungen der fünf Zentren vom Bremer Klinikverbund Gesundheit Nord gGmbH-Klinikverbund Bremen (GeNo) erbracht.

Um die Transformation vollständig zu realisieren, sind weitere Schritte erforderlich.

Umsetzungsstand

Am 30.01.2019 legte die damalige Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz der Gesundheitsdeputation das Strategiepapier Psychiatriereform vor, in dem die folgenden Planzahlen für die Weiterentwicklung der Transformation vorgesehen wurden:

Tabelle 2: Transformation stationärer Behandlungen (Betten) bis 2022

Träger	Stationäre Plätze			Tagesklinik			Kompensation stationärer Angebote durch StäB und Institutsambulanzen			Transformation stat. Behandlungsplätze gesamt
	Ist 2019	Soll 2020	Soll 2022	Ist 2019	Soll 2020	Soll 2022		Soll 2020	Soll 2022	
KBO	240	190	170	136	171	171		15	35	70
KBN	49	44	37	43	43	43		5	12	12
Ameos	120 ⁵	100	90	35	45	50		5	15	30
KBR	104	92	74	21	30	36		5	15	30
Gesamt	513	426	371	235	287	300		30	77	142

Im September 2019 startete für die Region Bremen Ost das neue Behandlungsangebot „Bremen ambulant vor Ort“ (**BravO**). Mit der Etablierung von BravO wurden die ersten 20 vollstationären Behandlungsplätze in eine Behandlung im Lebensumfeld jener Patient:innen transformiert, die ansonsten einer stationären Krankenhausbehandlung bedürftigen. Die BravO-Behandlung unterliegt der Prämisse, dass die Genesung besser im gewohnten sozialen Lebensumfeld erfolge. Alle Bezüge der Patient:innen werden, soweit gewünscht und sinnvoll, aufrechterhalten. Die aufsuchende Behandlung durch ein multiprofessionelles Team erfolgt flexibel, längerfristig und orientiert an den Bedürfnissen der Patient:innen in Krisensituationen.

Zum Ende des Jahres 2023 haben die Krankenkassen mit der GeNo eine Vereinbarung zu einem Modellprojekt nach § 64b SGB V geschlossen, das wegweisend für die Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen ist, das aber auch bundesweit sehr viel Beachtung findet, weil es erstmals die Versorgung einer ganzen Großstadt betrifft und keine Ergänzung bestehender Angebote betrifft, sondern die Transformation, d.h. die Umwandlung stationärer Behandlungskapazitäten in teilstationäre und ambulante, aufsuchende Angebote, so dass sich die Planzahlen mittlerweile wie folgt verändert haben:

⁵ Berechnung der Patient*innen aus Bremen auf Basis der Landesbezogene Daten nach § 21 Absatz 3 Nr. 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) 2014-2017 (dieser Hinweis fehlte in der letzten veröffentlichten Version).

Tabelle 3: Tabelle GeNo mit Ist- und Planzahlen

Transformation GeNo	2019	2023	2024	2025	2026	2027	Gesamt
Vollstationäre Betten	289	210	182	156	131	130	-159
Tagesklinische Plätze	179	213	222	222	222	222	+ 43
BravO		Ost, Mitte, Süd	Ost, West, Mitte, Süd, Nord	Alle Regionen			

Es ist nicht gelungen, die Transformation in dem AMEOS Klinikum Bremen und dem Klinikum Bremerhaven entsprechend der Ziele aus Tabelle 2 umzusetzen. Die GeNo hat sich nun auf einen Weg gemacht, der vorsieht, die stationären Behandlungsplätze von den Kapazitäten von 2019 aus gesehen nahezu zu halbieren.

Aufgabe 3: Erweiterung der BravO Angebote auf die Bremer Regionen Nord und West.

Aufgabe 4: Transformationsstrategien für die Aneos Klinikum Bremen und das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide.

2.2.2.3 Budgets in der Eingliederungshilfe

Zur Umsetzung der oben beschriebenen fachlichen Ziele planen SASJI und SGFV einen zusätzlichen Entwicklungsschritt, der über die Anpassung der bisherigen Leistungstypen weit hinausgeht und zwar die grundsätzliche Umgestaltung des Finanzierungssystems durch Budgets. Es soll zunächst in Modellprojekten die Umsetzung von Eingliederungshilfebudgets erprobt werden. Das aktuelle Finanzierungsmodell bietet den Leistungserbringern wenige betriebswirtschaftliche Anreize, die personenzentrierten Grundsätze des BTHG umzusetzen. Der § 132(1) SGB IX enthält ein Optionsrecht für die Träger der EGH und die Leistungserbringer, um neue Leistungs- und Finanzstrukturen zu erproben oder die bestehenden weiterzuentwickeln, etwa durch Sozialraum- oder Trägerbudgets.

Die Umstellung auf Budgets soll einen Perspektivwechsel und ein anderes fallbezogenes Arbeiten ermöglichen. Bei einer Budgetfinanzierung erhalten Leistungserbringer oder Leistungserbringerverbünde für einen definierten Berechnungszeitraum (in der Regel ein Haushaltsjahr) ein Budget für einen geografischen Raum (Sozialraum), mit dem vertraglich definierte Leistungen für alle Leistungsberechtigten in diesem Raum abgedeckt werden müssen.

Durch die Budgetierung erhalten die Leistungserbringer finanzielle Sicherheit, andererseits werden die Kosten gedeckelt. Ein ökonomisches Wachstum durch höhere Fallzahlen ist damit nicht möglich. Durch eine Anreizumkehr soll ein veränderter Arbeitsansatz der Leistungserbringer gefördert werden.

War es bisher ein naheliegendes Ziel, einen Leistungsberechtigten aus einem eigenen Wohnangebot in ein eigenes Beschäftigungsangebot zu vermitteln, soll die neue Finanzierungsform die Orientierung

am Inklusionsziel der Leistungsberechtigten erleichtern. Vielleicht passt das Beschäftigungsangebot eines anderen Leistungserbringers in der Region viel besser zu einem Leistungsberechtigten? Vielleicht ist ein passendes Angebot aktuell in der Region gar nicht vorhanden, aber kann durch die Kooperation mit einem anderen Leistungserbringer aufgebaut werden?

Das Arbeiten mit Budgets soll in diesem Sinne die Personenzentrierung, Sozialraumorientierung und die fallunabhängige Angebotsentwicklung fördern. Die Erfahrungen aus anderen Bundesländern zeigen, dass für eine erfolgreiche Kooperation bei der Arbeit mit Budgets Vertrauen unter den Leistungserbringern aufgebaut werden muss und dass dieser Prozess gemeinsame Diskussionen, gemeinsame Projekterfahrung und damit etwas Zeit benötigt.

Im Bereich Psychiatrie werden aktuell zwei Sozialraumbudgets (eins davon in Bremerhaven) und ein Trägerbudget diskutiert. SGFV erhofft sich von der Arbeit mit Budgets, dass die Leistungserbringer in Zukunft eher die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Angebote und die Entwicklungspotentiale der Leistungsberechtigten in den Fokus nehmen können, und weniger im Rahmen der bestehenden Leistungstypen und deren Auslastung denken.

Die neugestaltete Bedarfsermittlung in Kombination mit der Umsetzung über (Träger-) Budgets erfordert zukünftig eine völlig neue Herangehensweise bei der konkreten Teilhabeplanung. Der Fokus soll stärker auf der Benennung von individuellen Zielen und nicht mehr der Einsortierung in Hilfebedarfsgruppen und einer Anzahl von Assistenzstunden liegen. Diese Veränderung erfordert eine passgenaue Schulungen der Bedarfsermittler:innen und Teilhabeplaner:innen. Dementsprechend werden auch zusätzliche neue Controlling-Werkzeuge notwendig, die die geleistete Arbeit stärker anhand der Erreichung von konkreten Wünschen und Zielen misst.

Die Etablierung von Regionalbudgets in der Eingliederungshilfe (SGB IX, ehemals SGB XII) liegt in der Verantwortung von SASJI. Im Rahmen der Umsetzung des BTHG wurden bereits Gespräche mit den Leistungserbringern zu Regionalbudgets aufgenommen und werden von dem externen Berater zur Umsetzung des BTHG, Herrn Prof. Dr. Hinte, sehr empfohlen.

Aufgabe 5: Etablierung eines Eingliederungshilfebudgets in zunächst einer Stadtregion Bremens.

2.2.2.4 Aufbau eines integrierten Kriseninterventionsdienstes

Die Krisenversorgung ist in den Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven unterschiedlich organisiert. Sie ist Bestandteil der Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste. Diese stellen mit den Aufgabenbereichen Beratung, Behandlung und Krisenintervention ein wichtiges Element der psychiatrischen Grundversorgung dar. Insbesondere die Krisenintervention soll dazu beitragen, Menschen vor Ort Unterstützung zu bieten, Krisenverläufe abzumildern und Zwang zu vermeiden.

Krisendienst in Bremerhaven

In Bremerhaven deckt der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes den Krisendienst in der Zeit von Montag bis Donnerstag 8.00 bis 15.00 Uhr und freitags von 8.00 bis 14.00 Uhr ab. Innerhalb dieses zeitlichen Rahmens sind die Mitarbeiter:innen des Sozialpsychiatrischer Dienst (SpsD) an Kriseninterventionen und Unterbringungsmaßnahmen beteiligt.

Außerhalb dieser Zeiten wird die betroffene Person von der Polizei zur Psychiatrie des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide verbracht. Dort ist der diensthabende Arzt für Krisenfälle bzw. eine fachliche Beurteilung zuständig. Eine aufsuchende Krisenintervention kann von dort jedoch nicht geleistet werden.

Menschen in Krisensituationen können sich auch an das Nachtcafé wenden, das Montag bis Freitag von 18.00 Uhr bis 22.00 Uhr geöffnet ist.

Eine Erweiterung der zeitlichen Erreichbarkeit des Krisendienstes ist wünschenswert und wurde im Rahmen des o.g. gescheiterten SGB V §64b- Modellvorhabens in Bremerhaven geplant. Mit Beteiligung des SpsDs und eines (geplanten) gemeindepsychiatrischen Teams des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide sollte ein telefonischer und aufsuchender Krisendienst mit deutlich erweiterter zeitlicher Erreichbarkeit installiert werden. Zusätzlich war ein Krisenbett bei einem Leistungserbringer der Eingliederungshilfe vorgesehen. Eine Realisierung dieser Blaupause ist weiterhin anzustreben.

Aufgabe 6: Ausbau des Krisendienstes in Bremerhaven.

Krisendienst in Bremen

Der Krisendienst wird als Leistung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) über das Gesundheitsamt Bremen sowie im Rahmen der Finanzierung der psychiatrischen Institutsambulanz aus Mitteln der Krankenkassen bezuschusst und durch die GeNo erbracht.

In der Stadtgemeinde Bremen wurde die psychiatrische Krisenversorgung bis zum April 2016 über 24 Stunden an 365 Tagen sichergestellt. Aufgrund gleichbleibender finanzieller Mittel bei gleichzeitig steigenden Personalkosten wurde über die Jahre der Personalpool immer weiter reduziert. Dies führte dazu, dass die Krisendienstzeiten stark eingeschränkt wurden. Seit 2019 ist es gelungen, diesem Trend entgegenzuwirken und die Krisendienstzeiten sukzessive wieder auszubauen.

Ziel ist der Ausbau des Krisendienstes in der Stadt Bremen zu einem integrierten Dienst. Dazu sollen bestehende Angebote und Finanzierungen zusammengeführt werden. Hierzu gehören:

- Krisendienst: Die regionalen Behandlungszentren sind von 08:30 Uhr bis 17:00 Uhr geöffnet, der zentrale Krisendienst ist werktags von 14:30 Uhr bis 23:00 Uhr und an Wochenenden und Feiertagen vom 8:30 Uhr bis 17:00 Uhr im Einsatz.
- Das Krisentelefon wird derzeit über Modellmittel finanziert und bietet mit 1-2 Mitarbeiter:innen von Montag bis Freitag von 21:00 bis 08:30 Uhr und Samstag und Sonntag von 17:00 bis 08.30 Uhr telefonische Krisenberatung an.
- Das Nachtcafé wird aus Modellmitteln finanziert und bietet einen Aufenthaltsort, Raum für Begegnung, aber auch Einzelgespräche (1028 Gespräche im Jahr 2021). Dafür stehen täglich zwei Mitarbeitende zur Verfügung. Das Nachtcafé ist Dienstag bis Sonntag und an Feiertagen von 20:00 bis 01:00 Uhr geöffnet (montags nur an Feiertagen). Es ist vorgesehen das Nachtcafé über die Eingliederungshilfe zu finanzieren.

Tabelle 4: Aktuelle Struktur der Krisenangebote (finanziert durch ÖGD-, Modell- und Krankenkassenmittel)

	Tagsüber	Abends		Nachts	
Krisendienst	08:30 – 17:00	17:00- 20.00	20:00 23:00	23:00 01:00	01:00 08:30
Regionale BHZs	Werktags				
Zentraler Krisendienst der BHZ		Werktags			
	Wochenende Feiertage				
Nachtwerk: Krisentelefon			Werktags		
		Wochenende und Feiertage			
Nachtwerk: Nachtcafé			Dienstag – Sonntag		

Zusätzliche Ressourcen:

- Im Entgelt der Ambulanten Psychiatrische Pflegen (APP) in Bremen ist auch ein Betrag für ein Krisenangebot enthalten, um sicherzustellen, dass die Patient:innen auch nach 17:00 Uhr in Krisen Ansprache und Unterstützung finden.
- Durch die Transformation der stationären Versorgung entstehen in allen fünf Stadtregionen BravO-Teams, die Hometreatment anbieten. Da das Angebot stationersetzend ist, ist davon auszugehen, dass auch hier nächtliche Krisenangebote vorgehalten werden.
- In der Eingliederungshilfe werden seit vielen Jahren keine Krisenangebote vorgehalten. Der Wegfall hat zu einer stärkeren Belastung des Sozialpsychiatrischen Dienstes geführt. Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) sieht Krisenhilfe vor, um auch Menschen mit einem erhöhten Versorgungsbedarf in der Nacht zu ermöglichen, das Angebot des Betreuten Wohnens nutzen zu können und nicht auf besondere Wohnformen angewiesen zu sein. In Bremen wird dies als Vorhalteleistung „Erreichbarkeit in Krisen“ diskutiert. Das Angebot selbst ist aber noch nicht definiert. Es könnte aber auch Teil des integrierten Krisendienstes werden.

Integrierter Krisendienst

Eine Arbeitsgruppe aus verschiedenen Leistungserbringern hat bereits vor einigen Jahren ein übergreifendes Krisendienstmodell entwickelt, das bislang nicht zur Umsetzung gelangte. Die SG 1 hat unter Beteiligung der Kassen die Konzeptarbeit für einen integrierten Krisendienst wiederaufgenommen, um die Realisierung voranzutreiben.

Das Konzept beschreibt ein trägerübergreifendes Krisendienstmodell, das aus drei Funktionseinheiten besteht:

1. Krisentelefon/ Telefondienst mit Clearingfunktion
2. Nachtcafé
3. Aufsuchender Krisendienst

Die drei Funktionen sollen ineinandergreifen, sich ergänzen und unterstützen und von Mitarbeiter:innen verschiedener Träger ausgeführt werden, die sich als gemeinsam agierendes Krisen-Team begreifen und möglichst von einem Ort aus agieren.

Krisentelefon

Der Telefondienst soll zum einen die Aufgabe, als „Clearingsstelle“ zu fungieren und die eingehenden Anrufe einzuschätzen und ggf. an die richtige Stelle im Team oder ein externes Angebot weiterzuvermitteln, übernehmen. Zum anderen führt der Telefondienst eine Krisenberatung durch, mit dem Ziel der Beratung, Beruhigung, Deeskalation und ggf. Weitervermittlung in andere Hilfsangebote.

Die Schnittstellenfunktion umfasst im Wesentlichen folgende Aufgaben:

- Telefondienst für den aufsuchenden Krisendienst
- eingehende Anrufe auf die Krisendienstnummer entgegennehmen, Gespräche führen und beenden
 - Beratung von Betroffenen / Angehörigen / Umfeld
 - Einladung ins Nachtcafé
- Informationsweitergabe an
 - den aufsuchenden Krisendienst
 - Polizei, Arzt:in, Rettungswagen
 - Kontaktaufnahme zu ergänzenden psychosozialen Diensten
 - Kinder- und Jugendnotdienst (Jugendamt)

Nachtcafé

Das Angebot wendet sich an erwachsene Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die aufgrund eines veränderten Tag- und Nachtrhythmus oder aufgrund von Instabilität in den Abend- und Nachtstunden eine Anlaufstelle benötigen, die sie im Vorfeld einer oder in einer bereits bestehenden psychischen Krise aufsuchen können. Aufgaben des Nachtcafés im Rahmen des integrierten Krisendienstes sind:

- Niedrigschwelliges Kontaktangebot für Menschen in seelischen Krisen außerhalb der üblichen Bürozeiten, sieben Tage die Woche, 365 Tage im Jahr
- Gemeinschaft in akzeptierender Atmosphäre
- Möglichkeit, sich aufzuhalten, zu beruhigen, nicht allein zu sein
- Gesprächsmöglichkeit/Entlastungsgespräche mit Genesungsbegleiter:innen und anderem Fachpersonal
- Informationen zu weiterführenden Hilfen am nächsten Tag

Aufsuchender Krisendienst

Der aufsuchende Dienst wird durch den „Telefondienst“ vorinformiert und fährt an den Ort, an dem sich ein Mensch in einer Krise befindet.

Die Aufgaben des aufsuchenden Krisendienstes umfassen:

- Krisenabklärung „zu Hause“ (Hometreatment)
- Krisenabklärung im Nachtcafé
- Entaktualisierung von Krisensituationen, die ggf. zu einer freiwilligen Kriseneinweisung führen kann (Notfallvermeidung, nicht zwingend Klinikvermeidung)

- Sonstige Intervention
 - Überleitung zur APP
 - Überleitung zum Tagesdienst Sozialpsychiatrischer Dienst (SpsD)
 - Überleitung zu BravO / Tagesklinik am nächsten Tag
 - Ggf. Überleitung zu assistenzgebenden Leistungserbringern
 - Überleitung in stationäre Behandlung auf freiwilliger Basis
 - Einleitung eines Unterbringungsverfahrens

Zeiten des integrierten Krisendienstes

Die Krisenversorgung sollte in den Zeiten nach Dienstschluss der regionalen Krisendienste (SpsD/Behandlungszentrum) einen möglichst langen Zeitraum bis zum erneuten Dienstbeginn der regionalen Krisendienste abdecken. Dabei müssen unterschiedliche Modelle unter Berücksichtigung knapper Ressourcen betrachtet werden, hierfür sollten auch unterschiedliche Personalstärken zu verschiedenen Zeiten (je nach prognostizierter Auslastung, basierend auf Erfahrungen der letzten Jahre) in Betracht gezogen werden.

Eine telefonische Erreichbarkeit über 24 Stunden sollte gewährleistet sein.

Tabelle 5: Zeiten des integrierten Krisendienst

	Telefon	Nachtcafé	Aufsuchender Krisendienst
Montag – Freitag	17:00 - 08:30 Uhr	19:00 - 01:00 Uhr	17:00 - 01:00 Uhr
Samstag, Sonntag und Feiertag	Freitag 17:00 Uhr – Montag 08:30 Uhr	19:00 - 01:00 Uhr	13:00 - 23:45 Uhr

Aufgabe 7: Aufbau eines integrierten Krisendienstes in Bremen.

2.2.3 Stark strukturierte Einrichtung

Der Bedarf sowie die geplante Umsetzung der stark strukturierten Einrichtung (SsE) wird in den folgenden Kapiteln vorgestellt.

2.2.3.1 Bedarf

Menschen mit komplexen Hilfebedarfen, denen im Rahmen des üblichen Leistungsspektrums der Eingliederungshilfe kein gutes Angebot gemacht werden kann, benötigen häufig Hilfestellungen aus verschiedenen Bereichen. Ein wesentliches Instrument zur Versorgung dieser Menschen ist die HUBIKo, in der alle Leistungserbringer aus dem jeweiligen GPV versuchen, in gemeinsamer Verantwortung eine individuelle Lösung zu finden.

Im Rahmen der Gremienarbeit ist für diesen Personenkreis eine Versorgungslücke identifiziert worden, die ein neues Angebot nötig macht. Seit vielen Jahren ist festzustellen, dass eine steigende Anzahl von Menschen mit psychischen Erkrankungen und komplexen Hilfebedarfen außerhalb von Bremen vielfach in geschlossenen Einrichtungen untergebracht wird, weil in Bremen kein passendes Versorgungsangebot vorgehalten wird.

Während die Zahl der Plätze in besonderen Wohnformen (früher Wohnheim genannt) in Bremen für Menschen mit psychischen Störungen zwischen 2005 und 2023 leicht gestiegen ist (192 in 2005 versus 237 in 2023)⁶, hat sich die Zahl der in auswärtigen besonderen Wohnformen versorgten Menschen fast verdoppelt (58 in 2005 versus 111 in 2023).

Die Gründe dafür sind vielfältig, jedoch lässt sich feststellen, dass die personelle und räumliche Ausstattung der besonderen Wohnformen in Bremen nicht ausreicht, um diesen Personenkreis angemessen zu versorgen. Häufig liegt das Problem darin, dass die Einrichtungen nicht genug Personal und Raum haben, um auf wiederholte Gewaltvorfälle oder selbst- und fremdgefährdendes Verhalten angemessen zu reagieren.

Dieses Problem ist ebenfalls ursächlich für die sogenannten Nicht-Behandlungsfälle (NBF), die aufgrund einer Sondervereinbarung in der Klinik (KBO/KBN) verbleiben, weil keine Anschlussversorgung sichergestellt ist. Damit wird eine Unterbringung in einer Klinik mangels Alternativen fortgeführt und über öffentliche Gelder finanziert, auch wenn kein klinischer Behandlungsbedarf mehr besteht. Dieses Konstrukt ist schon länger umstritten und widerspricht sowohl dem Gedanken regionaler Versorgung als auch der Teilhabe-Orientierung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG).

Da auswärtige Versorgungsmöglichkeiten kaum noch zu finden sind und dem fachlichen Grundsatz der regionalen Versorgung widersprechen, wurden in den letzten Jahren mehrere sehr teure Einzelfall-Lösungen in besonderen Wohnformen mit zusätzlich finanziertem Fach- und Sicherheitspersonal geschaffen. Dies führt zu dauerhaften hohen Sozialleistungsausgaben.

Als Alternative zu diesen personell, organisatorisch und finanziell herausfordernden Einzelfalllösungen wird die Schaffung einer neuen Einrichtung als Baustein im Gemeindepsychiatrischen Verbund als notwendig erachtet. Diese Einrichtung sollte neben einem guten Hilfeangebot auch die Möglichkeit einer zumindest fakultativ geschlossenen Unterbringung bieten und insgesamt vielfältige und haltende Strukturen aufweisen.

2.2.3.2 Umsetzung

Am 08.12.20 hat die Gesundheitsdeputation den folgenden Beschluss gefasst:

Die Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz nimmt das Konzept für eine Stark strukturierte Einrichtung zur Kenntnis und bittet die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz, die Umsetzung einzuleiten.

Im Koalitionsvertrag 2023 ist das Vorhaben wie folgt verankert:

„... um soziale Kontakte im Wohnumfeld nicht zu erschweren und eine Rückkehr in die gewohnte Lebensumgebung zu ermöglichen werden (wir) für chronisch psychisch kranke Menschen mit Selbst- und/oder Fremdgefährdungspotential, die in den letzten Jahren oft in geschlossenen Einrichtungen außerhalb Bremens untergebracht wurden eine hochstrukturierte Unterbringungsform aufbauen“ (S. 118).

⁶ Zahlen für 2005 aus: Steuerungsstelle Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe, Berichterstattung 2015-2017 https://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/2_Psych_Bericht_2015-2017.pdf
Zahlen für 2023 aus Basisdaten EGH 02-2023 (interne, nicht veröffentlichte Daten)

Bereits 2019 wurde im Rahmen der Veranstaltungsreihe Psychiatrie 2.0 eine Tagung zum Thema „eine stark strukturierte Einrichtung als Baustein im Gemeindepsychiatrischen Verbund durchgeführt, zu der nationale Best Practice Projekte eingeladen wurden.

Eine Arbeitsgruppe mit verschiedenen Leistungserbringern hat unter Leitung der SGFV ein Konzept für eine SsE für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen entwickelt.

Zentrale Elemente sind die Verankerung im GPV, die Kooperation mit anderen Angeboten, geschützte Räume für die Nutzer:innen sowie eine angemessene personelle Ausstattung, die große Beziehungskontinuität und aktivierende Teilhabemöglichkeiten sicherstellt.

Durch eine für diese Zielgruppe angemessene räumliche Ausstattung, tagesstrukturierende Angebote innerhalb der Einrichtung und das Vorhalten eines hohen und gut qualifizierten Personalschlüssels, sollen den Besonderheiten der Nutzer Rechnung getragen werden. Die SsE ist nicht für dauerhafte Beheimatung vorgesehen, sondern soll temporär sehr intensive Unterstützung bieten, mit dem Ziel, eine Perspektive in Bremen außerhalb der SsE zu schaffen. Der Aufenthalt soll damit u.a. zur Entwicklung einer dauerhaften Lösung in dem regulären Eingliederungshilfesystem oder in anderen Unterstützungssystemen genutzt werden. Das kann nur dann gelingen, wenn diese Einrichtungsform als ein Baustein in einem System anderer Angebote in der Region verstanden wird.

Die SsE bietet die Möglichkeit einer fakultativ geschlossenen Unterbringung, tritt aber gleichzeitig mit dem fachlichen Anspruch an, von dieser Möglichkeit möglichst selten Gebrauch zu machen. Sie ist als Ergänzung zu anderen Hilfsangeboten im Gemeindepsychiatrischen Verbundsystem gedacht, aber keinesfalls als dauerhafte Unterbringung für sämtliche Fallkonstellationen, in denen ein komplexer Hilfebedarf zu erkennen ist. Für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen sollen im jeweiligen Einzelfall die Gemeindepsychiatrischen Verbünde kreative und individuelle Angebote entwickeln, von denen ein Aufenthalt in der SsE nur eine von vielen Möglichkeiten ist.

Aufgabe 8: Schaffung einer stark strukturierten Einrichtung für das Land Bremen.

2.2.4 Wohnmöglichkeiten für Obdachlose und Vermittlung von Unterstützung

Wohnungslose Menschen sind häufig von psychischen Störungen betroffen. Oft liegen auch sogenannte Doppeldiagnosen vor. Solange Menschen auf der Straße leben ist es fast unmöglich, Zugang zum Hilfesystem zu erlangen. Sowie sie allerdings einen Platz in einer Notunterkunft erhalten haben, zeigen sich die Bedarfe deutlich, manchmal auch durch herausforderndes Verhalten, das die Mitarbeiter:innen der Notunterkünfte, Pensionen und Hotels i.d.R. überfordert. Die Notschlafplätze sind derzeit nicht so ausgestattet, dass psychisch kranken Menschen angemessen Hilfe angeboten werden könnte. Für diese Personengruppe fehlt es aktuell an niedrigschwelligen aufsuchenden Angeboten, die ins Unterstützungssystem vermitteln und ein Netzwerk aufbauen, oder kontinuierlich Kontakt zu den Personen suchen und halten solange die prekäre Lebenssituation anhält.

Die Angebote für Wohnungslose müssen erweitert und so ausgestaltet werden, dass in Unterkünften der Wohnungslosenhilfe auch Personal eingesetzt werden kann, welches über eine fachliche Expertise in der Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verfügt. Zudem muss die Kooperation der Hilfssysteme verbessert werden, damit auch für diese Personengruppe ein Zugang zu Unterstützungsleistungen aus der Eingliederungshilfe realistischer geschaffen werden kann.

Aktuell entstehen vor allem im Bereich der Kooperation zwischen Wohnungslosenhilfe und Leistungserbringern der Eingliederungshilfe neue Ideen. Derzeit wird geprüft, ob die Schaffung einer sogenannten „GPV-Pension“ als Pilotprojekt neue Lösungsansätze bieten könnte. Ein Trägerverbund hat sich gefunden, der in Zusammenarbeit mit der SASJI und SGFV eine Übergangseinrichtung für Menschen konzeptualisiert, bei denen eine Entlassung aus einem psychiatrischen Klinikaufenthalt am mangelnden Wohnraum scheitert, bzw. Menschen ohne Wohnung entlassen werden. Die GPV-Pension soll übergangsweise Wohnmöglichkeiten anbieten, zusätzlich soll Unterstützung über BravO, Leistungen der Eingliederungshilfe, oder APP/Soziotherapie geleistet werden.

Aufgabe 9: Erweiterung der Angebote für psychisch kranke, wohnungslose Menschen.

3 Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und der Angebote für Arbeit und Beschäftigung

Das Kapitel 3 erläutert die geplante Entwicklung, sowohl der Eingliederungshilfe als auch der Angebote in Arbeit und Beschäftigung.

3.1 Eingliederungshilfe

In folgenden Kapiteln werden die für die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfeangebote maßgeblichen Aspekte beschrieben.

3.1.1 Grundsätze des Bundesteilhabegesetzes

Im Jahr 2006 wurde die UN-Behindertenrechtskonvention von der Generalversammlung der Vereinten Nationen beschlossen. Mit ihr wurden die Menschenrechte für Menschen mit Behinderung bekräftigt, und diese wurden bezogen auf die Lebenssituation behinderter Menschen konkretisiert.

Darauf aufbauend wird im BTHG formuliert, die Unterstützung für Menschen mit einer wesentlichen Behinderung weniger aus dem Gedanken der Fürsorge, sondern vielmehr im Sinne einer Verbesserung der Teilhabechancen am gesellschaftlichen Leben auszugestalten. Leistungen der Eingliederungshilfe sollen sich stärker an den Grundsätzen der UN-BRK zur Partizipation und Inklusion von Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung und ihren persönlichen Bedarfen und Zielen orientieren. Dabei wurden u.a. alle Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung aus der Sozialhilfe (SGB XII) in das SGB IX verschoben.

3.1.2 Bedarf und Angebote

Ob eine Person Ansprüche auf Leistungen der Eingliederungshilfe hat, und wenn ja in welchem Umfang und welcher Art, wird in dem Gesamt- und Teilhabeplanverfahren ermittelt. Auf Grundlage der neuen gesetzlichen Vorgaben wurde für dieses Verfahren ein neues Bedarfsermittlungsinstrument, das Dokumentationssystem B.E.Ni-Bremen (Bedarfsermittlung Niedersachsen, angepasst für Bremen) implementiert. In den neuen Bedarfserfassungsdokumenten liegt der Fokus auf der jeweiligen Person, ihren Kompetenzen und Interessen (Personenzentrierung). Anders als früher geht es nicht um allgemeine Förderziele oder normative Lernziele, sondern um die Identifikation von Teilhabezielen, die sich an den für die Person relevanten Lebensbereichen und ihren Wünschen orientieren. Die Beschreibung von Aktivität und Teilhabe ist dabei in dem Instrument gemäß der neun Lebensbereiche der ICF (International Classification of functions) strukturiert.

Die Antragstellenden können Wünsche äußern, wann, wo und wie sie Assistenz bei dem Erreichen ihrer Ziele erhalten möchten, und ob sie dabei einen Anbieter, eine pauschale Geldleistung oder ein Persönliches Budget nutzen wollen.

Aktuell wird B.E.Ni-Bremen in die Praxis des Gesamtplanverfahrens neu eingefügt und erprobt. Zur Überprüfung der Anwendungsziele wird ein digitales Fachcontrolling entwickelt und zeitnah implementiert.

Derzeit sind die Leistungen der Eingliederungshilfe für den Bereich Psychiatrie und Sucht in neun Leistungstypen zusammengefasst, die besondere Wohnformen (ehemals Heime), betreutes Wohnen sowie Arbeit und Beschäftigung umfassen. Diese Leistungstypen werden in der Vertragskommission SGB IX von den Leistungsträgern und den Leistungserbringern (Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege) unter Einbindung von Interessenvertretungen der Leistungsempfänger:innen abgestimmt und verabschiedet.

3.1.3 Angestrebte inhaltliche Veränderungen

Derzeit findet ein komplexer Anpassungsprozess zur BTHG Umsetzung in den Leistungstypen statt. Dabei werden ähnliche Leistungstypen soweit möglich vereinheitlicht, um zukünftig einen Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsformen (z.B. für Menschen mit seelischen Behinderungen und Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen) zu vereinfachen.

Für den Überarbeitungsprozess wurden in der Vertragskommission die folgenden Grundsätze abgestimmt. Sie haben Auswirkungen auf die Planung, Durchführung, Auswertung und gegebenenfalls Anpassung der Leistungen:

- Der Lebensentwurf und der daraus folgende und immer wieder zu erkundende Wille der leistungsberechtigten Person ist Ausgangspunkt und handlungsleitend für alle Leistungen und Planungsprozesse. Dies gilt sowohl für den Gesamtplanprozess, als auch für Neuplanungen von Leistungsangeboten.
- In allen Phasen des Leistungsgeschehens wird die leistungsberechtigte Person als Expert:in für ihr eigenes Leben in die Ausgestaltung der Leistung einbezogen. Für Situationen, in denen mehrere geeignete Alternativen bestehen, gesteht das SGB IX dem Leistungsberechtigten das Wunsch- und Wahlrecht zu.
- Ein Paradigmenwechsel im Bereich Assistenz wird erreicht, indem eine personenzentrierte Assistenz geboten wird, die Empowerment, Autonomie und Selbstbestimmung ermöglicht sowie die Verwirklichung individueller, vielfältiger Lebensentwürfe akzeptiert und unterstützt.
- Zur Überwindung der Versäulung des Leistungssystems entwickeln alle beteiligten Akteure passgenaue, regionale Unterstützungsleistungen. Dabei kooperieren die verschiedenen Leistungserbringer abgestimmt und in vereinbarter Form.
- Eine unterstützende Finanzierungsvariante ist die Basis für die Realisierung der hier angestrebten Inhalte. Innovative Prozesse können nur auf einer guten wirtschaftlichen Grundlage seitens der Leistungserbringer angegangen werden. In einem ersten Schritt werden Finanzierungssysteme/-formen erprobt, die die in diesem Papier benannten Inhalte befördern und den Leistungserbringern Planungssicherheit bieten. Die aus der Erprobung gewonnenen Erkenntnisse werden anschließend auf das Regelsystem übertragen.

Einer der finalen Schritte dieses Prozesses wird der Abschluss eines neuen Landesrahmenvertrages sein. Als Zieldatum ist Dezember 2024 anvisiert.

3.1.4 Flexibilisierung der Eingliederungshilfe

Bisher hat die Finanzierung von so genannten Nichtbehandlungsfällen die Möglichkeit geboten, Menschen, die keiner Krankenhausbehandlung mehr bedürfen aber noch kein passendes Angebot in der Eingliederungshilfe gefunden haben, längerfristig in den Kliniken zu versorgen. Im Wesentlichen wurde damit ein Versorgungsmangel in der Eingliederungshilfe kompensiert. Hinzu kommt, dass durch die aktuelle Transformation der psychiatrischen Klinik bei dem Aufbau der aufsuchenden Teams die Anzahl der stationären Betten deutlich reduziert wird. Daher besteht für das psychiatrische Eingliederungshilfesystem die Notwendigkeit, sich an die neuen Strukturen und Bedarfe anzupassen. Es werden zukünftig zunehmend Situationen entstehen, in denen schnell eine Anschlussversorgung an einen Klinikaufenthalt gefunden werden muss. Ein Verbleib in der Klinik, nur, weil kein freier Platz oder kein geeignetes Angebot vorhanden ist, muss vermieden werden.

Für diesen Bedarf werde neue flexible, fachlich passgenaue Lösungen benötigt, die den ehemaligen Klinikpatient:innen eine Unterkunft und unmittelbare psychiatrische Versorgung durch den zuständigen Gemeindepsychiatrischen Verbund bieten. Besonders wichtig ist dabei, dass diese Lösung schnell zur Verfügung steht. Entsprechende Modelle müssen zwischen Kostenträgern und den Leistungserbringern der GPV entwickelt werden.

Aufgabe 10: Stärkung der GPV und Flexibilisierung der Eingliederungshilfeangebote.

3.1.5 Entwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung

Gegenstand der Gerontopsychiatrie sind psychische Störungen im Alter. Zielgruppe der gerontopsychiatrischen Versorgung sind dementsprechend Menschen über 65 Jahren, die im Alter psychisch erkranken, oder Menschen, die dauerhaft psychisch krank sind und alt werden.

Die Demenz spielt unter den Erkrankungen eine Sonderrolle. Menschen mit einer dementiellen Entwicklung werden im klinischen Bereich in den selben Institutionen versorgt wie andere gerontopsychiatrische Patient:innen. Im Wohnbereich leben sie aber wegen des eingeschränkten Anspruchs auf Eingliederungshilfe in der Regel in Wohnpflegeheimen des Altenhilfesystems. Aktuell wird die Anzahl der Menschen mit Demenz in Bremen auf über 10.000 geschätzt.

Die Bedeutung des Versorgungsbereichs wird durch die prognostizierte demographische Entwicklung zunehmen. Der Anteil der Menschen über 65 wird nach Schätzung des statistischen Landesamtes von 21,3% (Stand 2014) bis 2030 auf 25,2%, der Anteil der Hochaltrigen von 5,6% (2014) auf 7,5% steigen.⁷

Gerontopsychiatrische Patienten sind durch diese Zusammenhänge mit steigendem Lebensalter häufiger vom Multimorbidität betroffen, und benötigen sowohl psychiatrische Unterstützung als auch pflegerische Dienstleistungen. Die Anforderungen an das Hilfesystem sind komplex. Eine stärkere Gemeinde- und Sozialraumorientierung ist ein wichtiges Ziel.

3.1.5.1 Klinische Versorgung

Die stationäre klinische Akutversorgung findet in Bremen am KBO auf der gerontopsychiatrischen Station (24 Plätze) und zusätzlich auf den gemischten Regiostationen statt. Eine zusätzliche klinische Versorgungsvariante entsteht durch die im Aufbau befindlichen BRAVO-Teams, die gerade für die Zielgruppe der gerontopsychiatrischen Patient:innen eine besondere Bedeutung entfalten könnten. Das KBR verfügt über keine spezialisierte gerontopsychiatrische Station, die Zielgruppe wird in den Angeboten des Behandlungszentrums für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mitversorgt.

3.1.5.2 Besondere Wohnformen der Gerontopsychiatrie

In der Stadt Bremen bestehen sechs spezialisierte Wohneinrichtungen in diesem Versorgungsbereich mit insgesamt 214 Plätzen: Drei gerontopsychiatrische Wohnheime mit zusammen 101 Plätzen und drei gerontopsychiatrische Wohnpflegeheime mit insgesamt 113 Plätzen. Der zentrale fachliche Unterschied besteht in der höheren pflegerischen Versorgungskapazität der letztgenannten.

In den gerontopsychiatrischen Wohnheimen sind die Leistungen der Pflegekasse gemäß §43a SGB XI auf 266€ monatlich begrenzt, so dass bei einem steigenden körperlichen Pflegebedarf für eine angemessene Versorgung noch einmal die Einrichtung gewechselt werden muss. Hier besteht

⁷ Pflegeinfrastrukturbericht S. 82 (<https://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/2015-07-29%20PISB%20Internetversion.pdf>)

grundsätzlicher Handlungsbedarf, allerdings ist der Rahmen durch die rechtliche Regelung auf Bundesebene langfristig gesetzt.

Die Plätze in beiden Einrichtungstypen sind in der Regel komplett ausgelastet, die Wartelisten lang.

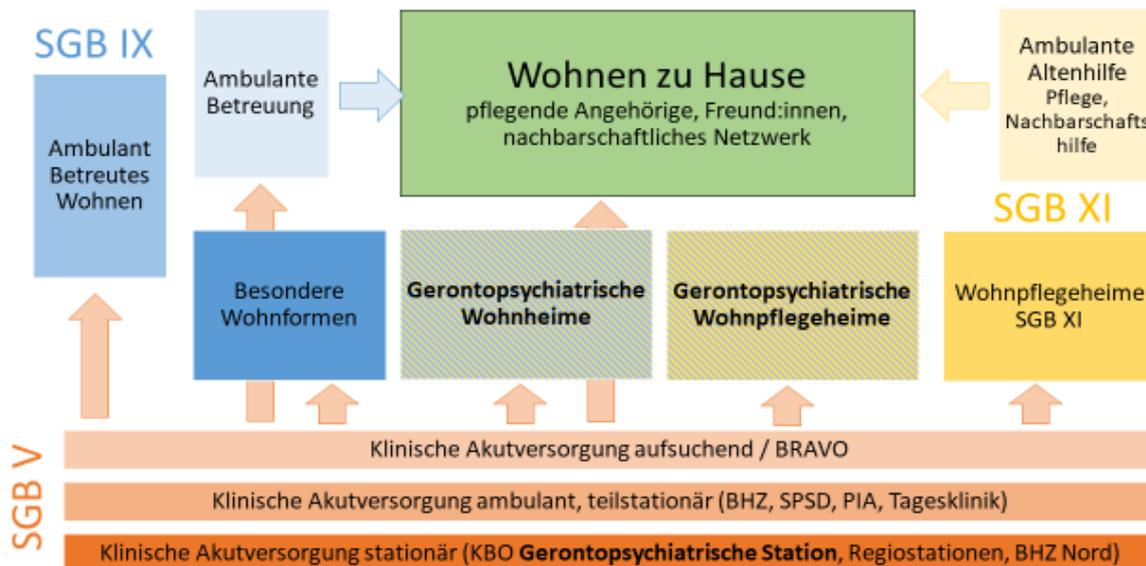


Abbildung 3: Orte der gerontopsychiatrischen Versorgung

In Bremerhaven gibt es keine spezialisierten gerontopsychiatrischen Wohn- oder Wohnpflegeheime. Hier findet die Versorgung ausschließlich in Wohnpflegeheimen der Altenhilfe statt.

3.1.5.3 Gerontopsychiatrische Versorgung im allgemeinen psychiatrischen System - betreutes Wohnen und besonderen Wohnform

Im Zeitverlauf lässt sich eine leichte Zunahme des Anteils der älteren Menschen im betreuten Wohnen beobachten. Waren im Jahr 2003 28 von 478 Menschen im betreuten Wohnen über 65 Jahre (5,9%)⁸, stieg ihr Anteil bis zum Jahr 2017 auf 58 von 763 (7,6%)⁹. Für diese Personengruppe stellt sich perspektivisch die Frage nach einer geeigneten Versorgungsform, wenn der somatische Pflegebedarf steigt. In den besonderen Wohnformen für Erwachsene in Bremen liegt der Anteil der Bewohner:innen im Jahr 2017 bei 38,5% (79 von 205 Bewohner:innen)¹⁰. In Bremerhaven ist eine ähnliche Entwicklung festzustellen. Im Jahr 2007¹¹ waren 5 von 124 Personen im betreuten Wohnen über 65 Jahre (4%), im Jahr 2017 waren es 14 von insgesamt 259 (5,4%). In den besonderen Wohnformen für erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen gehören im Jahr 2017 7,2% Gruppe der Älteren an (6 von 83, gegenüber 4 von 83 und damit 4,8% im Jahr 2007).

3.1.5.4 Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung

Quartiersbezug, Prävention, ambulant vor stationär

Die Umstellung der klinischen Akutversorgung auf aufsuchende Teams bietet gerade für die gerontopsychiatrische Versorgung eine besondere Entwicklungschance. In Bremen besteht ein gut

⁸ Kommunaler Psychiatrieplan (2005)

⁹ Steuerungsstelle Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe Berichterstattung 2015 - 2017

¹⁰ Steuerungsstelle Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe Berichterstattung 2015 - 2017

¹¹ Nach Angaben des Sozialamts der Stadt Bremerhaven (interne, nicht veröffentlichte Daten)

entwickeltes ambulantes Altenhilfesystem, in dem ähnliche Grundsätze verfolgt werden wie mit der aktuellen Reform der psychiatrischen Versorgung (ambulant vor stationär, Abkehr vom klassischen Heim, Quartiersbezug). In Übereinstimmung mit der Ausrichtung der Altenhilfe soll das zentrale Ziel der gerontopsychiatrischen Versorgung ein selbstbestimmtes Altwerden im vertrauten eigenen Wohn- und Sozialraum sein.

Die wenigsten Menschen möchten im Alter stationär versorgt werden. Die aktuelle Entwicklung ist geprägt von dem demografischen Wandel und dem daraus folgenden steigenden Versorgungsbedarf, dem in allen Sektoren fortschreitenden Fachkräftemangel und den insgesamt aber begrenzten finanziellen Ressourcen. Vor diesem Hintergrund ist ein Fokus auf Prävention, die Begrenzung von personalintensiven, großen, zentralisierten stationären Versorgungslösungen alternativlos. Ein erster Ansatzpunkt ist die Versorgung dieser Zielgruppe in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden zu stärken, und etwa eine fallbezogene Kooperation mit Anbietern aus dem Pflegebereich in der jeweiligen Region zu entwickeln. Der Verbleib am selbstgewählten Ort muss bei der Versorgung von älteren Menschen grundsätzliches Ziel sein, solange dies nicht für die eigene Gesundheit oder die der pflegenden oder betreuenden Angehörigen zum Nachteil gerät.

Aufsuchen statt stationär versorgen – Hometreatment als besondere Chance für ältere Menschen

Gerade hochaltrige Menschen sind zur selbstständigen Bewältigung ihres Alltags auf ein vertrautes Wohnumfeld angewiesen. Für ihr persönliches Sicherheitsgefühl und den Aufbau von Vertrauen gegenüber den Behandelnden ist auch die räumliche Nähe von vertrauten Personen hilfreich, und nicht eine unruhige Stationsituation, mit vielen weiteren hilfebedürftigen Menschen mit teilweise herausforderndem Verhalten.

Bei einer Behandlung zu Hause steigen so jedenfalls die Chancen Themen zu behandeln, die dort relevant sind und nicht die, die sich im stationären Alltag abbilden. Gerade für Menschen mit dementieller Entwicklung sind Ortswechsel immer eine besondere Herausforderung. Ein stationärer Aufenthalt führt nicht selten zu einer Unterbringung in einem Heim. Mehrere Fachverbände fordern daher ein flexibles sektorübergreifendes Hometreatment für psychisch kranke Ältere (DGSP, DGGPP¹²). Hometreatment kann auch für Menschen in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe oder in Wohnpflegeheimen die Versorgungssituation verbessern. Für beide Gruppen erhöht Home-Treatment die Chancen auf einen Verbleib in dem vertrauten Sozialraum.

Besondere Wohnformen nicht am selben Standort weiter ausbauen

Die bestehenden gerontopsychiatrischen Wohnheime sind gut ausgelastet. Angesichts des demografischen Wandels und der angestrebten Vermeidung von Unterbringungen außerhalb Bremens ist abzusehen, dass die Nachfrage zukünftig eher steigen wird. Es gibt von diesen spezialisierten besonderen Wohnformen aus jeder Gruppe für das gesamte Stadtgebiet nur 3 Einrichtungen. Also eine hohe räumliche Zentralisierung in eher großen besonderen Wohnformen. In Bremerhaven gibt es diesen Leistungstyp nicht. Im Sinne einer wohnortnahen Versorgung kann die ideale Lösung nicht einfach in einer pauschalen Erhöhung der Platzzahlen in den bestehenden Einrichtungen bestehen.

Falls angesichts steigender Bedarfe doch über einen Ausbau der Kapazitäten in diesen Einrichtungen nachgedacht werden soll, ist eine Erweiterung in den EGH-Einrichtungen nur sinnvoll als Ausbau zu

¹² DGSP_Stellungnahme_Geronto_SGB_V_Sep_2020.pdf (dgsp-ev.de) S. 2: „Stellungnahme der DGGPP zur Verbesserung der Hilfen für psychisch kranke Ältere“ (2019)

einem Versorgungscluster mit höherer pflegerischer Kapazität, um ein Verbleib der Bewohner:innen bei steigendem Pflegebedarf am selben Ort zu ermöglichen. Alternativ könnte ein Ausbau durch die Schaffung von kleineren neuen Standorten in bisher nicht versorgten Stadtgebieten erfolgen.

Entwicklung von kleineren Wohnangeboten in der Nähe der bestehenden Einrichtungen

Mehrere gerontopsychiatrische Wohnheime haben in den letzten Jahren in unmittelbarer Nähe oder auf demselben Gelände zusätzliche kleine Wohnplätze (kleine Apartments oder WGs) geschaffen, um Bewohner:innen, die sich stabilisiert hatten und zu einer individuelleren Lebensführung in der Lage waren, oder die sich nicht gut in Gruppen einordnen konnten, Alternativen zu schaffen. Die direkte räumliche Nähe ermöglicht dabei, die Ressourcen der Einrichtung mitnutzen zu können. Dieses Vorgehen entspricht dem Grundsatz der Personenzentrierung des BTHG. Wie kann diese Entwicklung zukünftig gefördert und systematischer vorangebracht werden?

Beschäftigungs- und Teilhabemöglichkeiten im Stadtteil

Soziale Teilhabe und Inklusion im Quartier bedeutet für ältere Menschen mit psychischen Störungen, auch für diese Zielgruppe Angebote zur Begegnung, Beschäftigung und Tagesstrukturierung im Quartier zu schaffen. Die bestehenden Begegnungsstätten der Altenhilfe oder Tagesstätten des psychiatrischen Systems adressieren i.d.R. andere Zielgruppen. Lässt sich bei einigen dieser bestehenden Orte das Konzept anpassen bzw. die Zielgruppe erweitern?

Bessere Zusammenarbeit der Versorgungsbereiche Altenhilfe/Pflege und Psychiatrie

Das Ziel der besseren Vernetzung der beiden Versorgungsbereiche Psychiatrie und Sucht und Altenhilfe ist nicht neu. Auf der fachdienstlichen Amtsebene ist für psychisch kranke Menschen der Sozialpsychiatrische Dienst und für Pflegebedürftige und Menschen mit Demenz der Sozialdienst Erwachsene zuständig. Die Finanzierung der beiden Säulen wird über verschiedene Sozialgesetzbücher abgerechnet, es gibt verschiedene Leistungserbringer und Fachgremien. Da aber in den konkreten Einzelfällen oft Unterstützung aus beiden Versorgungsbereichen notwendig ist, Übergänge zwischen den Systemen (i.d.R. bei steigendem Pflegebedarf) regelmäßig vorkommen, und weil für die Umsetzung des Anspruchs ambulant vor stationär eine im Einzelfall abgestimmte sektorübergreifende Versorgung notwendig ist, sollte die Zusammenarbeit der beiden Hilfesektoren systematisch weiterentwickelt werden.

- Sektorübergreifende Kooperation der Fachgremien: Ein erster Schritt kann ein regelmäßiges Gremium auf Ebene der zuständigen Behörden sein. In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, an welcher Stelle die jeweiligen Fachgremien der Leistungserbringer regelmäßig oder fallbezogen zusammengebracht werden können (die Altenhilfe ist stadtteilbezogen in den sozialen Arbeitskreisen organisiert, der Bereich Psychiatrie und Sucht auf Bezirksebene).
- Sektorübergreifende Kooperation der Verbände: Für eine Versorgungsverbesserung, eine Stärkung der Kooperation von Kliniken und Eingliederungshilfe, eine Intensivierung des regionalen Bezugs wurden in den letzten Jahren in Bereich der psychiatrischen Versorgung die GPV etabliert. Für die Zielgruppe der älteren Menschen mit psychischen Störungen wurde u.a. für die Verbesserung der Sektor übergreifende Versorgung in einigen Bundesländern gerontopsychiatrisch-geriatrische Verbände (u.a. Berlin) aufgebaut oder fachübergreifende Hilfeplankonferenzen (Thüringen). Für Bremen wäre als weiterer Entwicklungsschritt eine anlassbezogene Erweiterung einer HUBIKO durch Vertreter:innen des Altenhilfesystems

vorstellbar. Oder als Modellvorhaben einen der bestehenden GPV als gerontopsychiatrischen Verbund mit zusätzlichen weiteren regulären Mitgliedern aus dem SGB XI Bereich auszubauen.

- Sektorübergreifendes Lernnetzwerk: Ein inhaltlicher Kern neben den Fallkonferenzen könnte dabei ein Sektor verbindendes Lernnetzwerk sein, das die Expertise und das Strukturwissen der einen Versorgungssäule in die andere transportiert. Auf diese Weise lernen sich auch Mitarbeiter:innen in einem anderen Kontext als in den durch Versorgungsdruck geprägten Fallkonferenzen kennen. Naheliegende Schritte sind gegenseitige Fortbildungen, die Leistungserbringer der einen Versorgungssäule für Profis aus dem anderen Bereich anbieten.
- Schnittstellen-Projekte wie Nachbarschaftshilfe inklusiv weiterentwickeln: Mit dem Projekt „Nachbarschaftshilfe Inklusiv“ bestand in den letzten Jahren schon ein Projekt, das an der Schnittstelle der beiden Hilfesysteme ansetzte. Ziel des Projektes ist es, Menschen mit psychischer Krankheitsgeschichte als Nachbarschaftshelfer:innen zu gewinnen und zu vermitteln, oder für Menschen mit psychischen Störungen Helfer:innen zu gewinnen. Das Projekt baute zusätzlich Kontakte zu weiteren Unterstützungsangeboten auf (u.a. der Organisationsassistenz), oder vermittelte Betroffene in andere (bezahlte) Ehrenämter. Eine systematische Auswertung dieser Projektarbeit kann Ideen für weitere sinnvolle Verknüpfungen zwischen den Versorgungsbereichen Altenhilfe und Psychiatrie und Sucht liefern.

Aufgabe 11: Stärkung der Kooperation der Versorgungsbereiche Eingliederungshilfe / SGB IX und SGB XI.

3.2 Arbeit und Beschäftigung

In den beiden nachfolgenden Kapiteln wird zunächst auf die Wechselwirkung von Arbeit und psychischer Erkrankung eingegangen; nachfolgend werden Angebote aus dem Bereich SGB IX vorgestellt

3.2.1 Die Wechselwirkung von Arbeit und psychischer Erkrankung

Die auffallende Zunahme psychischer Erkrankungen an den von den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern erfassten Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühberentungen weist auf die Notwendigkeit hin, Arbeitsprozesse so zu gestalten, dass diese Dynamik verlangsamt werden kann. Evident ist auf der anderen Seite, dass Arbeitslosigkeit (verbunden mit fehlender Verantwortung und fehlender Teilhabe) psychische Erkrankungen begünstigen kann: Jeder dritte langzeitarbeitslose Mensch leidet unter seelischen Störungen. Ein hoher Anteil von schwer psychisch Erkrankten arbeitet nicht und ist deswegen von den durch Arbeit möglichen Teilhabechancen abgeschnitten. Für Entwicklungsprozesse, die in der psychiatrischen Fachlichkeit als Recovery oder Empowerment oft auf therapeutische oder pädagogische Aspekte verengt werden, hat Arbeit eine große Bedeutung.

Bei der Analyse welche Angebotsformen im Bereich Arbeit das Ziel der Teilhabe fördern können, bilden sich der Schwerpunkte heraus:

- langzeitarbeitslosen Menschen durch geförderte Eingliederungsmaßnahmen Aktivierungs- und Teilhabechancen zu bieten, durch die eine weitere Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit verhindert werden kann. Hier erfolgt der Zugang zu Fördermaßnahmen in der Regel über das System der Arbeitsförderung (SGB II)

- bereits längerfristig erkrankten und in Behandlungs- oder Eingliederungshilfemaßnahmen unterstützten Menschen einen Weg zur Aktivierung zu ebnen. Hier entsteht der Impuls im Rahmen von Behandlungs- und Assistenzleistungen (SGB V und SGB IX), wobei anschließend - entsprechend der individuellen Voraussetzungen Beschäftigungs- und Fördermöglichkeiten aus den Leistungsbereichen des SGB II oder des SGB IX genutzt werden können.

Ausgangspunkt und damit zuständig für die Konzipierung und Finanzierung der Maßnahmen sind demzufolge das System der Arbeitsförderung im SGB II und SGB III für grundsätzlich erwerbsfähige Menschen und das System der sozialen Teilhabe und der Teilhabe am Arbeitsleben im SGB IX für nicht erwerbsfähige Menschen.

In beiden „Rechtskreisen“ ist mittlerweile unstrittig, dass die Beschäftigungsangebote möglichst nicht in Form abgegrenzter Maßnahmen oder in psychiatrischen Institutionen organisiert werden sollten, sondern in gesellschaftlich notwendigen Wertschöpfungsprozessen. Die Erfahrungen zeigen, dass die Teilnehmer:innen sich in ihrem Selbstbild (auch bei niedrigschwelligen Tätigkeiten) häufig als Mitarbeiter:innen definieren und nicht als „Betreute“.

3.2.2 Angebote aus dem SGB IX

Tagesstätten als niedrigschwelliger Einstieg in Beschäftigung

Die sechs Tagesstätten (fünf in Bremen und eine in Bremerhaven) wurden vor 35 Jahren als Bestandteil des damaligen Abschnittes der Psychiatriereform auf den Weg gebracht. Als offene Begegnungsstätten mit einem preiswerten gastronomischen Angebot und themen- und zielgruppenspezifischen Gruppen sollten sie einzelfallfinanzierte Unterstützungsangebote ergänzen oder überflüssig machen. Teil des Angebotes waren und sind „Beschäftigungsplätze“, für deren Organisation ein bestimmter Anteil der pauschal finanzierten Ausgaben definiert wurde. Zu Beginn ihres Betriebes waren die Tagesstätten neben der Werkstatt für behinderte Menschen die einzigen Angebote mit einer Finanzierung der Anleitung und psychosozialen Begleitung der Beschäftigten.

Heute haben die Tagesstätten mit ihren Beschäftigungsplätzen im System eine eingegrenzte (aber bedeutsame) Funktion als niedrigschwellige Einstiegsmöglichkeit für Menschen mit geringer und unregelmäßiger Arbeitsleistung. Je nach konzeptioneller Ausrichtung der Tagesstättenträger erfolgt eine Konzentration der Tagesstätten-Beschäftigungsplätze auf die Aktivitäten in den Räumen der Tagesstätte oder im Sinne einer „Virtualisierung“ im Rahmen externer Beschäftigungsprojekte. Mit Virtualisierung ist in diesem Kontext gemeint, dass die Beschäftigungsplätze an verschiedenen Orten des jeweiligen Sozialraums bestehen, aber von der Tagesstätte aus koordiniert werden.

Beschäftigungsorientierte Soziale Teilhabe (BOT)

Zeitlich parallel zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) konnte ab 2021 ein Leistungstyp im Kontext des Bremischen Landesrahmenvertrages eingeführt werden, der für (aktuell) nicht erwerbsfähige psychisch erkrankte Menschen eine qualifizierte Anleitung und Förderung vorsieht. Mit den begrenzten Möglichkeiten der Tagesstätten war das bis dahin nicht möglich. Im Vergleich zu anderen Bundesländern, in denen die Tagesstätten über auskömmlich finanzierte Plätze im Rahmen der Einzelfallförderung verfügen und im Vergleich zum Parallelsystem für Menschen mit kognitiven Einschränkungen mit den Tagesförderstätten schließt BOT eine in den ersten Phasen der Psychiatriereform nicht ausreichend identifizierte Lücke.

Die Leistungstypenbeschreibung von BOT akzentuiert die Abkehr von einer Unterstützungsleistung in „Einrichtungen“:

„Soweit möglich, sollen die Angebote der Beschäftigungsorientierten Soziale Teilhabe an Orten umgesetzt werden, die bei den Beschäftigten einen sozialräumlichen Bezug fördern und insbesondere für den Personenkreis der erwachsenen Menschen mit einer wesentlichen seelischen Behinderung Erfahrungen außerhalb psychiatrischer Institutionen ermöglichen“.

Die Tätigkeit in einer BOT-Maßnahme umfasst 5 bis 15 Stunden Tätigkeit pro Woche. 15 Stunden Tätigkeit pro Woche definieren die Obergrenze sowohl im Verhältnis zur Werkstatt für behinderte Menschen und zum neuen Leistungstyp „Andere Anbieter“ wie auch zur regulären Erwerbstätigkeit.

Wesentliche Aufgaben der BOT-Angebote sind:

- durch Aufbau und Stabilisierung die für die Wahrnehmung einer Beschäftigung bedeutsamen Fähigkeiten zu fördern und ggfs. zur Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 8 Abs.1 SGB II beizutragen und
- andere Angebote der Eingliederungshilfe zu vermeiden, zu reduzieren, abzukürzen, zu beenden oder zu ergänzen.

Die BOT-Angebote können insbesondere in projektbezogener Kombination mit anderen Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen (Tagesstätten oder WfbM/ALa sowie den diversen SGB II Angeboten) eine breite Vielfalt und umfängliche Synergieeffekte entwickeln.

Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM, §58 SGB IX)

Die WfbM ist das älteste und größte Angebot zur Teilhabe am Arbeitsleben für nicht erwerbsfähige Menschen. Die Werkstätten im Land Bremen haben sich über viele Jahre vom Status eines Angebotes vorwiegend für Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder Sinnesbehinderungen weiterentwickelt und verfügen mittlerweile über zahlreiche Angebote für Menschen mit seelischen Behinderungen. Da die Beschäftigtenlöhne über eine Wertschöpfung finanziert werden müssen, sind die Werkstätten immer wieder gefordert, Produktions- und Auftragsfelder zu erschließen, in denen nennenswerte Erlöse für Verkäufe und Dienstleistungen erzielt werden können. Der Spagat zwischen dieser Anforderung und Angeboten für die „Schwächsten“ ist charakteristisch für den Auftrag der Werkstätten. Die Notwendigkeit zum wirtschaftlichen Arbeiten hat Verbindungen zu vielen wichtigen Auftraggebern und Märkten geschaffen, was den Prozess des Verlassens der Werkstatträume gefördert hat. Nichtsdestotrotz ist die Quote der aus der Werkstatt in eine reguläre Beschäftigung vermittelten Menschen sehr gering. Die Einzahlung in die Rentenversicherung auf der Basis von 80 Prozent der monatlichen Bezugsgröße (§ 179 Abs. 1 SGB VI) sichert den Werkstattbeschäftigten eine Altersvorsorge.

Andere Leistungsanbieter (§60 SGB IX: ALa)

Die Novellierung des SGB IX führte zur gesetzlichen Regelung für den Leistungstyp „Andere Leistungsanbieter“. Die Einführung erfolgte mit der Zielsetzung, Menschen mit einer über 15 Wochenstunden liegenden Arbeitstätigkeit eine Alternative zur Werkstattbeschäftigung zu bieten. Um in der Umsetzung kleinteilige Lösungen zu ermöglichen, gehört zu den wenigen gesetzlich definierten Unterschieden zur WfbM, dass es keine Mindestplatzgröße gibt. Die Bestimmungen zur Zahlung der Löhne aus dem Arbeitsergebnis und zur Zahlung fiktiver Rentenversicherungsbeiträge entsprechen denen der Werkstätten. In Bremen haben bisher nur Träger eine Zulassung als Leistungserbringer für diesen Leistungstyp beantragt, die im Rahmen anderer Arbeitsfördermaßnahmen Erfahrungen

gesammelt haben. Wie bei den Werkstätten müssen Beschäftigte im Arbeitsbereich dieses Leistungstyps (zuständig ist der Träger der Eingliederungshilfe) zunächst einen Eingangsbereich und eine zweijährige Berufsbildungsphase durchlaufen (finanziert von der Bundesagentur für Arbeit). Dies bieten nur anerkannte Bildungsträger an. Da die Leistungserbringer im Arbeitsbereich von „Andere Anbieter“ diese Anforderungen häufig nicht erfüllen, sind Kooperationen mit anerkannten Trägern sinnvoll und notwendig. Die anerkannten Bildungsträger verfügen ihrerseits auch über Angebote im Arbeitsbereich.

Die Notwendigkeit der zweijährigen Berufsbildung hat dazu geführt, dass es bisher nur wenige realisierte Plätze im Arbeitsbereich der ALA's in Bremen gibt. Um aber für die Leistungsberechtigten dieses neue Leistungsangebot und damit eine größere Vielfalt an Arbeitsmöglichkeiten wirklich nutzbar zu machen, müssen die Zugangsvoraussetzungen noch einmal überdacht bzw. modifiziert werden.

Budget für Arbeit (§61 SGB IX)

Das „Budget für Arbeit“ ist eine Alternative zur Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem „Anderen Leistungsanbieter“. Die Leistungsberechtigten sind auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig und haben dauerhaft die Möglichkeit, einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis nachzugehen. Betriebe, die sich an diesem Inklusionsmodell beteiligen wollen, erhalten bis zu 75% des vom Arbeitgeber regelmäßig gezahlten Arbeitsentgelts als Lohnkostenzuschuss erstattet. Hinzu kommen weitere Unterstützungsleistungen für den neu eingerichteten Arbeitsplatz. Das Land Bremen hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Zahlen der Nutzer:innen von bislang durchschnittlich 7 in den kommenden Jahren weiter zu steigern. Neben den bestehenden Beratungsstellen in der Stadt Bremen, wird es ab April 2024 eine zusätzliche Beratungsstelle in Bremerhaven geben, die insbesondere Interessierte außerhalb der Werkstätten beraten soll. Im Bereich der Menschen mit psychischer Erkrankung, die in vielen Fällen bereits auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig waren, liegt ein hohes Potential an Berechtigten.

SGB II und SGB III

Bei allen Fördermaßnahmen im Kontext des SGB II ist zu berücksichtigen, dass es ab 2024 zu erheblichen Kürzungen bei den sog. Eingliederungstiteln der regionalen Agenturen bzw. Jobcenter kommen soll.

Das 2005 eingeführte Sozialgesetzbuch II regelt die existenzielle Grundsicherung für erwerbsfähige Menschen und bietet ergänzend gestufte Möglichkeiten einer Teilhabe am Arbeitsleben. Der Einfluss dieser Veränderung auf die Weiterentwicklung des psychiatrischen Unterstützungssystems ist bisher nur wenig zu spüren. Das mag daran liegen, dass hier überwiegend Leistungserbringer tätig sind, die sich vorrangig als Beschäftigungsträger definieren und nicht Teil des psychiatrischen Versorgungssystems sind. Das SGB II übernahm aus der vormaligen Sozialhilfe (BSHG §19) die Möglichkeit zur Schaffung von gemeinnützigen Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung und von sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung mit hoher Lohnförderung.

Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (§16d SGB IX)

Das Angebot richtet sich an erwerbsfähige Menschen, die nach vorliegender Einschätzung mangels arbeitsbezogener Kompetenzen (noch) nicht für eine Tätigkeit auf dem sog. ersten Arbeitsmarkt

geeignet sind. Für die wöchentliche Arbeitszeit von 15 bis 30 Stunden erhalten sie zusätzlich zur Grundsicherung eine Mehraufwandsentschädigung sowie eine qualifizierte Anleitung. Als Leistungserbringer bewerben können sich Träger, die gemeinnützige und wettbewerbsneutrale Tätigkeitsfelder vorhalten. Die Maßnahmen werden jährlich neu ausgeschrieben (und bei entsprechender Auslastung mit neuen Ausschreibungen verlängert). Sie sollen arbeitsbezogene Fähigkeiten fördern, dürfen allerdings keine Regeltätigkeiten umfassen. Hierauf wird nach wie vor streng geachtet. Insofern entsteht hier das Kuriosum, dass nicht erwerbsfähige Menschen z.B. auf einem BOT- oder WfbM-Platz am Wettbewerb teilnehmen (teilnehmen müssen, weil sie ihren Lohn erwirtschaften sollen), während erwerbsfähige Menschen diesbezüglich begrenzt werden.

Die Umsetzungspraxis ist so, dass einige Leistungserbringer des psychiatrischen Unterstützungssystems diese Fördermöglichkeit gezielt in ihre konzeptionelle Ausrichtung integriert haben. Die projektbezogene Kombination mit Maßnahmen in anderer Kostenträgerschaft ist möglich, was zu Synergie-Effekten führt bzw. neue Tätigkeitsfelder ermöglicht. Die Erfahrung zeigt, dass diese Art der arbeitsbegleitenden Förderung in einer nennenswerten Zahl von Einzelfällen im Sinne des Grundsatzes „First place, then train“ erfolgreicher ist als reine Qualifizierungsmaßnahmen.

Geförderte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (§§ 16e und 16i SGB II): Teilhabechancengesetz

Seit dem 01.01.2019 bietet das Teilhabechancengesetz mit den Fördermöglichkeiten nach den Paragraphen 16e und 16i eine Grundlage, langzeitarbeitslosen Menschen einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz anzubieten:

Die Förderung nach §16e ist schneller, nämlich nach zweijähriger Arbeitslosigkeit verfügbar. Im ersten Jahr beträgt die Lohnbezuschussung 75%, im zweiten 50%. D.h., bei diesem Instrument muss in relativ kurzer Zeit eine „Wertschöpfung“ erreicht werden, die eine Übernahme in ein reguläres sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis ermöglicht – oder erneute Arbeitslosigkeit droht.

Die Förderung nach §16i kann bis zu fünf Jahre dauern. Sie beträgt in den beiden ersten Jahren 100% in den weiteren Jahren mit 90%, 80% und 70%. Voraussetzung ist für alleinerziehende oder für schwerbehinderte Menschen eine vorherige 5-jährige, für alle anderen eine 6-jährige Arbeitslosigkeit. Aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds können Förderlücken bei den Löhnen (bei Beginn der Degression der 16i-Förderung) überbrückt und Mittel für die Anleitung und psychosoziale Begleitung eingeworben werden.

Durch die langfristige Fördermöglichkeit kann die 16i-Förderung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung ein Wiedereinstieg in das Arbeitsleben sein: So kann beispielsweise das breite Spektrum an Assistenzleistungen (ohne die aufgrund des Fachkräftemangels die Unterstützungssysteme im Bereich Pflege und Teilhabe über kurz oder lang kollabieren würden) hier im besten Fall zum Anknüpfungspunkt für erfolgreiche Wiedereingliederung in Arbeit werden. Viele der Stellen sind nicht im klassischen Fachkräftebereich (Soziale Arbeit, Pflege) angesiedelt, sondern in alltagsbegleitenden Bereichen (Mobilitätshilfen, lebenspraktische Alltagshilfen), in der Verwaltung oder in Anleitungsfunktionen im Arbeitsförderbereich.

Im Sinne des Prinzips „First place, then train“ kann bei der weiteren Qualifizierung der betroffenen Beschäftigten an die erworbene Erfahrung und die während der Beschäftigung erkennbare Kompetenz angeknüpft werden. Beispiele für Qualifizierungen sind die Sonderpädagogische Zusatzqualifikation (die förderfähig ist, weil sie als Voraussetzung für Tätigkeiten z.B. in der Anleitung in Werkstätten ausgewiesen ist), die Ex-In-Ausbildung (die als formale Qualifikation noch nicht den wünschenswerten Status hat), aber auch Bildungsmaßnahmen, die vorhandene berufliche Fachqualifikationen ausbauen.

Eingliederungszuschüsse (§§ 88-92 SGB III)

Eingliederungszuschüsse können gezahlt werden, wenn es Hindernisse bei der Eingliederung gibt, die in der Person begründet sind. Ziel ist hier ein Ausgleich einer möglichen Minderleistung für begrenzte Zeit.

Sonderprogramm zum Abbau der Langzeitarbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen im Land Bremen

Finanziert werden die hier gezahlten Lohnzuschüsse aus Mitteln der Ausgleichsabgabe. Für die Umsetzung zuständig sind, je nach Dauer der Arbeitslosigkeit, die Bundesagentur für Arbeit oder das Jobcenter.

Aufgabe 12: Kooperation mit dem Jobcenter zur Verbesserung der Angebote für Menschen mit psychischer Erkrankung.

4 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen findet in einem differenzierten System statt, in dem eine Verbindung der Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor allem mit den Bereichen Schule und Kinder- und Jugendhilfe von großer Bedeutung ist.

4.1 Überblick stationäre Versorgung Land Bremen

Die folgenden Kapitel bieten eine Übersicht über die aktuelle stationäre Versorgung der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Land Bremen.

4.1.1 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am KBO übernimmt die Pflichtversorgung des Landes Bremen und versorgt zudem Teilgebiete des Niedersächsischen Umlandes. In der Klinik stehen aktuell 44 stationäre Behandlungsplätze zur Verfügung. Sie sind auf verschiedene Behandlungsgruppen in verschiedenen Häusern im Park der Klinik verteilt. Die Behandlungsgruppen sind im Unterschied zur Erwachsenenpsychiatrie nicht nach Zugehörigkeit zu einer bestimmten Region organisiert, sondern auf verschiedene Schwerpunkte spezialisiert. Das hat zum einen den Grund, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bezug auf ambulante (Weiter-) Behandlungsmöglichkeiten nicht regionalisiert ist. Zum anderen profitieren Kinder und Jugendliche bei einer stationären psychotherapeutischen Behandlung sehr davon, wenn sie mit anderen Kindern und Jugendlichen mit ähnlichen Problemlagen gemeinsame therapeutische und soziale Erfahrungen machen und Bewältigungsmechanismen erlernen können. So gibt es Behandlungsgruppen mit den Schwerpunkten Schulvermeidung, Essstörungen, Depressionen/ Ängste/Zwänge, Psychosen und Persönlichkeitsentwicklungsstörungen.

Eine Station (Station 2A) wird als geschützte Station geführt, das bedeutet das auch eine geschlossene Unterbringung möglich ist. In akuten Krisen findet eine Aufnahme auf dieser Station statt. Für alle anderen Stationen erfolgt die Aufnahme nach einem geplanten Aufnahmeverfahren.

Alle Stationen sind geschlechts- und weitgehend altersgemischt. Ein wichtiger Bestandteil der Behandlung ist der Besuch der sogenannten »Klinikschule« mit eigenem Lehrpersonal und festen Räumlichkeiten. Sie gehört zum Schulischen Zentrum für Pädagogik bei Krankheit, was Teil des öffentlichen Schulwesens der Stadtgemeinde Bremen ist und in den jeweiligen Pädiatrien der Gesundheit Nord an insgesamt drei Standorten eine Beschulung für die Kinder und Jugendlichen bereitstellt.

In Bremerhaven stehen keine stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Plätze zur Verfügung. Kinder und Jugendliche mit einem stationären Behandlungsbedarf werden dementsprechend im KBO versorgt.

4.1.2 Teilstationäre Behandlung Land Bremen

Bei dieser Behandlungsform kommen die Patient:innen unter der Woche (in der Regel von Montag bis Freitag) morgens in die Tagesklinik und bleiben bis zum Nachmittag. In den Tageskliniken findet eine psychotherapeutische Akutbehandlung statt, aber keine Kriseninterventionen. Bei evtl. notwendigen Kriseninterventionen (z.B. am Wochenende) steht die stationäre Behandlung im KBO immer zur Verfügung.

Im Land Bremen gibt es von der Gesundheit Nord gGmbH als Träger eine Tagesklinik an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Standort KBO mit 9 Behandlungsplätzen sowie eine weitere Tagesklinik am Standort Klinikum Bremen-Nord (KBN) mit 15 Behandlungsplätzen.

Die ARCHE Klinik in Bremerhaven wird von der Diakonie Arche gGmbH Bremerhaven betrieben und bietet 20 teilstationäre Behandlungsplätze an. Eine der beiden Kinderstationen arbeitet mit einem Multifamilien-Schwerpunkt und greift dabei Ideen der FiSch-Klassen (Familie in Schule) sowie die der klassischen Multifamilientherapie auf. Dieses setzt voraus, dass mindestens eine unmittelbare Bezugsperson der betreffenden Kinder (in der Regel die Eltern) jede Woche einen kompletten Behandlungstag in der Tagesklinik verbringt.

4.1.3 Ambulante Versorgung Land Bremen

Die ambulante Versorgung setzt sich zusammen aus mehreren Institutsambulanzen und der Kinder und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle und psychiatrischen Institutsambulanz am Gesundheitsamt (KIPSY).

Institutsambulanzen in der Stadt Bremen:

1. Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am KBO (»PIA HB-Ost«). Diese Institutsambulanz kann Patientinnen unabhängig von ihrem Wohnort behandeln.
2. Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am KBO, Standort Bremen-Nord (»PIA HB-Nord«). Diese Institutsambulanz kann Patient:innen ebenfalls unabhängig von ihrem Wohnort behandeln.
3. Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle und Psychiatrische Institutsambulanz des Gesundheitsamtes Bremen (KIPSY). Seit 2003 arbeitet sie im Rahmen eines Kooperationsvertrages eng zusammen mit der PIA HB-Ost und wird gemeinsam ärztlich geleitet.
4. Institutsambulanz der ARCHE-Klinik in Bremerhaven (»PIA Brhv«), die für Bremerhaven und das Umland zuständig ist. Auch diese Institutsambulanz kann Patient:innen unabhängig von ihrem Wohnort behandeln.

Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle und Psychiatrische Institutsambulanz des Gesundheitsamtes Bremen (KIPSY)

Die KIPSY bietet Beratung und Unterstützung bei allen kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbildern an. Der Kontakt zur KIPSY kann niedrigschwellig aufgenommen werden sowohl von Kindern und Jugendlichen selbst als auch von Angehörigen und Mitarbeitenden in Schule, Jugendhilfe und anderen Institutionen. Je nach Bedarf können Einzel-, Gruppen- oder Familiengespräche durchgeführt werden. Das Team der KIPSY ist ein multiprofessionelles Team aus Sozialpädagog:innen, Psycholog:innen, Therapeut:innen und Fachärzt:innen.

In akuten Fällen bietet die KIPSY tagsüber von Montag bis Freitag einen Kriseninterventionsdienst an und wird bei Bedarf aufsuchend tätig.

In der KIPSY als Einrichtung des Gesundheitsamtes können nur junge Menschen behandelt werden, die in der Stadtgemeinde Bremen leben.

[Esc]ape – Suchtambulanz für junge Menschen

Ein Teil der KIPSY ist die Suchtambulanz für junge Menschen »[Esc]ape«. Hier wird ein Beratungsangebot vorgehalten für Suchtmittel missbrauchende Jugendliche und für junge Menschen mit Substanz ungebundenen Verhaltensauffälligkeiten.

Das Angebot richtet sich auch an Eltern und Einrichtungen und deren Mitarbeiter:innen, die mit Jugendlichen mit Suchtproblematiken zu tun haben.

4.1.4 Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxen mit sozialpsychiatrischer Zusatzvereinbarung

Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen psychischen Problemen steht im Bereich der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater:innen mit der sozialpsychiatrischen Zusatzvereinbarung ein spezielles Instrument zur Verfügung. Hier kann bei komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Behandlungsproblemen die ambulante ärztliche Betreuung und Behandlung als Alternative zur stationären Versorgung und anderen institutionellen Betreuungsformen ermöglicht werden. Arztpraxen, die an dieser Vereinbarung teilnehmen, können über die strukturierte Einbindung medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste eine qualifizierte interdisziplinäre sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen anbieten. Das bedeutet in der Regel, dass die nicht-ärztlichen Mitarbeitenden direkt in der Praxis angestellt sind und somit ein interdisziplinäres Team Angebote für die Kinder und Jugendlichen zur Verfügung stellt.

Die sogenannte Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV-Vereinbarung) wurde geschaffen, um Kindern und Jugendlichen mit besonders schweren Erkrankungen oder besonders schwierigen Umfeld-Faktoren ein integrierendes medizinisches, psychiatrisches und psychotherapeutisches Versorgungssystem zur Seite zu stellen. Auch dienen diese Praxen der komplexen Diagnostik im Bereich sozio-emotionaler Entwicklung, kognitiver Fähigkeiten und möglicher Teilleistungsstörungen, der körperlich neurologischen Entwicklung und der familiäre sowie Umfelddiagnostik.

Im Bremer Stadtgebiet gibt es drei sozialpsychiatrische Praxen, in Bremerhaven eine.

Eine Problematik, die sich für diese Behandlungsmöglichkeit stellt, ist die, dass junge Volljährige keinen Anspruch auf die Zusatzvereinbarung haben. Der Ausschluss einer Behandlungsaufnahme nach dem 18. Lebensjahr tritt genau in eine Zeit hinein, in der der höchste Gipfel an seelischen Neuerkrankungen im Lebensalter durchschnittlich auftritt. Gerade in dieser Phase, gibt es häufig diagnostische Fragestellungen im Bereich sozioemotionale Entwicklung, reife Entwicklung und kognitive Fähigkeiten, die an die Praxen herangetragen werden. Diese können im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie nicht so umfangreich durchgeführt werden, wie es in den SPV-Praxen möglich ist. Laut Auskunft des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. gibt es einige wenige Bundesländer, in denen es eine Individualregelung gibt für den Bereich Alter 18-21. Angestrebt wird die Verhandlung einer individuellen Vereinbarung für junge Volljährige mit den Kostenträgern auch für Bremen.

Aufgabe 13: Individuelle SPV-Vereinbarungsmöglichkeiten für junge Volljährige schaffen.

4.1.5 Kleine Kinder mit psychischen Erkrankungen

Aus den Schuleingangsuntersuchungen der letzten Jahre und aus vielen Berichten von Fachkräften aus dem Bereich Schule ist bekannt, dass der Anteil von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten und sozioemotionalen Problemen wächst. Berichtet wird gleichzeitig, dass diese Kinder in den niedergelassenen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen in einem frühen Alter kaum gesehen werden. Sie werden häufig erst mit Beginn der Schulzeit angemeldet.

Durch die Implementierung der Frühförderung erfahren sehr viel mehr Kinder schon vor der Einschulung in der Kindergartenzeit Unterstützung. Der Frühförderbereich gibt Hilfen, um Entwicklungsdefizite in den Bereichen Sprache, Motorik, Selbst- und Fremdwahrnehmung, usw. aufzuholen. Diese Maßnahmen sind sehr wertvoll und werden auch aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht als sehr wichtig bewertet.

Eine Problematik zeigt sich lediglich darin, dass die Kinder durch die Maßnahmen der Frühförderung als „gut versorgt“ gelten, ohne dass zum Beispiel verstärkt mit dem Familiensystem gearbeitet wird oder grundsätzlich eine psychiatrische Diagnostik stattfindet. Diese ist aber in manchen Fällen auch schon frühzeitig wichtig, um beginnende oder vorhandene psychiatrische Erkrankungen (z.B. FAS/Fetales Alkoholsyndrom, reaktive Bindungsstörungen, ADHS, Angststörungen, Somatisierungsstörungen etc.) frühzeitig zu erkennen und frühzeitig entsprechende Hilfen zu initiieren. Beginnende psychiatrische Erkrankungen werden somit häufig erst später-zum Beispiel zur Einschulung oder im Laufe der 1. Schuljahre wahrgenommen und es erfolgt dann eine Vorstellung in den Praxen. Aus Sicht vieler Kinder- und Jugendpsychiater:innen ist hier einiges an Zeit verschenkt. Auch die Diagnostik im familiären System als ein möglicher wesentlicher Faktor zur seelischen Erkrankung wird dann erst spät gesehen.

Aus diesem Grund wäre eine frühzeitigere Zusammenarbeit mit dem System der Frühförderung und auch mit therapeutischen Angeboten der Jugendhilfe sinnvoll und sollte strukturell stärker implementiert sein.

Dies verweist auf die Notwendigkeit einer stärkeren Verzahnung verschiedener Hilfesysteme für Kinder und Jugendliche, auf die im nächsten Abschnitt noch näher eingegangen wird.

4.1.6 Kooperationen in den Bereichen Bildung, Soziales und Gesundheit

Viele Kinder mit stärkeren psychischen Belastungen benötigen auch individuelle Unterstützung im Bereich Kita und vor allem Schule und/oder Hilfen aus dem Bereich der Jugendhilfe. Gerade die Systeme Kinder- und Jugendhilfe (KJH) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) weisen bezüglich ihrer Zielgruppen, Mitarbeitenden und Maßnahmen eine große Schnittmenge auf. Sowohl die KJH als auch die KJP sind in sich komplexe Strukturen. Es gibt eine Vielzahl von Akteuren in beiden Systemen, die ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen mit unterschiedlichem Hintergrund, Expertise und Auftrag erbringen. Auf Seiten der KJH agieren die Träger der öffentlichen (insb. als Kostenträger) sowie der freien Jugendhilfe (als Leistungserbringer), auf Seiten der KJP- Leistungserbringer im ambulanten, teilstationären und stationären Sektor, sowie die Krankenkassen als Kostenträger.

Eine gute Verzahnung der Hilfen im Bereich Bildung, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie wird von vielen Fachleuten seit langem gefordert und scheitert doch in der realen Umsetzung immer wieder an den starren Systemen von verschiedenen Sozialgesetzbüchern, aufgeteilten Zuständigkeiten und verschiedenen Kostenträgern. „Vom Kind und von der Familie aus denken und nicht von den

Institutionen“ – diese Forderung aus einem gemeinsamen Positionspapier von Bundesverbänden aus KJH und KJP von 2018 ist weiterhin mehr als aktuell.

In Bremen gibt es seit einigen Jahren verschiedene Ansätze der ressortübergreifenden Zusammenarbeit. So ist im Jahr 2020 eine Rahmenvereinbarung für die Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie auf Ebene der senatorischen Behörden unterschrieben worden, die auch die Umsetzung konkreter gemeinsamer Projekte an der Schnittstelle KJH und KJP vorsieht. Eines dieser Projekte ist der Aufbau einer Clearingstelle für Grundschulkindern mit besonders komplexen Problemlagen auf dem Gelände des Klinikums Bremen Ost. Hier soll die systemübergreifende Zusammenarbeit praktische Züge annehmen: Ein Träger der Jugendhilfe wird ein Haus auf dem Gelände des KBO anmieten und hier eine Wohngruppe für Kinder im Grundschulalter aufbauen. Während der Zeit ihres Aufenthaltes in der Wohngruppe sollen die Kinder die Tagesklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie besuchen. Die beiden Teams aus KJP und KJH werden so gemeinsam mit den Kindern arbeiten und in ein koordiniertes Clearingverfahren für die Kinder durchführen.

Weitere Vereinbarungen für die Zusammenarbeit gibt es bezüglich verschiedener Verfahren in verschiedenen Zusammensetzungen zwischen der Bildungsbehörde, der Sozialbehörde, dem Gesundheitsamt, der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, den Regionalen Beratungs- und Unterstützungszentren (RebuZ) und dem Jugendamt. In verschiedenen ressortübergreifenden Arbeitsgruppen wird aktuell an einer Zusammenführung und Aktualisierung dieser Vereinbarungen gearbeitet mit dem Ziel, die Hilfen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen in allen Lebensbereichen möglichst niedrigschwellig und gut vernetzt anzubieten.

Aufgabe 14: Implementierung eines gemeinsamen Pilotprojektes für ein koordiniertes Clearingverfahren mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe.

4.1.7 Regionale Fachkräfte für psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Ebenfalls aus einer ressortübergreifenden Perspektive ist das Projekt der Regionalen Fachkräfte für psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen entstanden. Das Projekt entstand als Folge der Corona-Pandemie, die die sozialen Problemlagen vieler Familien verschärft hat. Die vielfach nachgewiesenen Belastungen von Familien wirkten sich besonders negativ auf Kinder und Jugendliche aus, insbesondere aus strukturell benachteiligten Familien. Im Rahmen des Kinder-Corona-Gipfels im Juni 2021 präsentierten verschiedene Bremer Expert:innen die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Kinder und Jugendliche. Im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich schlug sich die hohe Belastung etwa seit Anfang des Jahres 2021 in einer starken Zunahme an Anfragen für ambulante Therapien und Klinikbehandlungen nieder. Deutlich wurde eine Zunahme von psychosomatischen Beschwerden, Zwangs- und Angststörungen, depressiven Symptomen, Essstörungen sowie schweren suizidalen Krisen. Außerdem verstärkten sich soziale Ängste, sozialer Rückzug, übermäßiger Medien- und Suchtmittelkonsum sowie schulvermeidendes Verhalten.

Um die seelische Belastung auffangen zu können und auch durch präventive Angebote die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu stärken, wurden das Projekt der „Fachkräfte für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ (ReFaps) entwickelt, die eine niedrigschwellige regionale Anlaufstelle für andere Fachkräfte und Familien bei psychosozialen Fragen sind. Die ReFaps arbeiten dabei eng mit den Gesundheitsfachkräften in den Quartieren und auch mit den Gesundheitsfachkräften an Schulen zusammen. Durch eine enge Verzahnung mit beiden Projekten

können die Fachkräfte für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bedarfsbezogen in den Quartieren und Regionen wirken.

Die ReFaps sind in 5 regionalen Tandems im Land Bremen tätig und verbinden kinderpsychiatrische Expertise mit einer regionalen Quartiersperspektive und bieten niedrigschwellige Beratungs- und Informationsangebote unmittelbar vor Ort an. Dadurch können sie speziell in sozial benachteiligten Quartieren spezifische Bedarfe aufgreifen und auf den jeweiligen Bedarf zugeschnittene Angebote entwickeln. Dadurch wird zum einen ein fachlich therapeutischer und zum anderen ein niedrigschwelliger, aufsuchender Zugang zu hilfesuchenden Fachkräften und Familien ermöglicht. Auf Belastungsfragen bei Kindern und Jugendlichen und deren Erziehungsberechtigten wird möglichst präventiv reagiert und Bewältigungskompetenzen werden gestärkt. Zudem werden die Fachkräfte vor Ort für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sensibilisiert, um frühzeitig Bedarfe erkennen und Hilfsangebote vermitteln zu können.

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. und die Kinder- und Jugendpsychiatrie Bremen-Ost haben die Koordination und Durchführung des Projektes übernommen. Die Finanzierung ist zunächst bis Ende 2023 aus einem Programm des Senats „Stark im Sozialraum“ ermöglicht worden. Dieses Programm wurde ressortübergreifend von den senatorischen Dienststellen für Bildung, Gesundheit und Soziales entwickelt und koordiniert. Nach Abschluss der Förderdauer aus diesem Programm ist die Fortführung der ReFaps noch bis Ende 2024 aus den Mitteln der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz sichergestellt. Eine Verstetigung gemeinsam mit den Gesundheitsfachkräften im Quartier ist für den Haushalt 2024/2025 geplant.

4.1.8 Kinder psychisch kranker Eltern

Die psychischen Belastungen und Erkrankungen der Eltern haben häufig auch Auswirkungen auf die Lebenssituationen von Kindern. Durch die getrennten Systeme der Erwachsenenpsychiatrie und den Hilfen für Kinder und Jugendliche geraten Kinder häufig erst dann in den Fokus des Hilfesystems, wenn sie selber manifeste Schwierigkeiten haben. Im Alltag übernehmen Kinder aus Familien mit starken psychischen Belastungen auf Seiten der Eltern oftmals frühzeitig viel Verantwortung und die eigenen Bedürfnisse rücken in den Hintergrund. Gleichzeitig wünschen sich viele Eltern Unterstützung in der Gestaltung eines guten Familienlebens.

Vor dem Hintergrund dieser Problematik ist das Modellprojekt „Famos“ in Bremerhaven entstanden, was die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz seit 2021 fördert. Es richtet sich an Familien, in denen mindestens ein Elternteil aufgrund einer psychischen Erkrankung im „Zentrum für seelische Gesundheit“ (ZsG) des Klinikums Bremerhaven in teilstationärer oder ambulanter Behandlung ist und wo Kinder im Alter von 6-7 Jahren zur Familie gehören. In einer Kooperation mit der Arche Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird für diese Familien das Projekt durchgeführt – Famos steht für „Familie miteinander offen sprechen“.

Das Projekt versteht sich vor allem als primärpräventives Angebot, d.h. der Fokus liegt auf der praktischen Auseinandersetzung mit der Frage, wie bei Kindern betroffener Eltern, trotz psychosozialer Risikofaktoren, die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer psychischen Erkrankung verringert und eine gesunde Entwicklung gefördert werden kann. Gleichzeitig soll es die Eltern entlasten und somit wiederum dazu beitragen, das Familiensystem als Ganzes zu stabilisieren.

Die Familie nimmt an modular aufgebauten regelmäßigen Sitzungen statt, die sowohl Angebote speziell für die Kinder als auch für die Eltern sowie gemeinsame Familienaktivitäten enthalten. Die

Themenblöcke beinhalten u.a. Einheiten zur Psychoedukation, zum Konfliktmanagement, zur Tagesstrukturierung, Ressourcenaktivierung und bietet Möglichkeiten zur Krisenintervention. Mit einer Kombination aus spielerischen und kreativen, aber auch informativen Elementen werden gemeinsam Auswirkungen der psychischen Erkrankung des Elternteils auf den Familienalltag identifiziert, beschrieben und alternative Umgangsformen geübt.

Mithilfe von multifamilientherapeutischen Übungen wie Rollenspielen sollen Kinder und Eltern beispielsweise die Perspektive des jeweils anderen einnehmen und somit in ihrer Mentalisierungsfähigkeit und dem gegenseitigen Verständnis gefördert werden. Dank der breit aufgestellten Expertise des Projektteams werden den Familien vielfältige Anregungen zur Gestaltung des Familienalltags dargeboten und im Rahmen der FAMOS-Treffen gemeinsam ausprobiert. Das Projekt wird seit Projektbeginn von den Familien sehr gut angenommen. Eine Überführung des Angebotes in ein regelfinanziertes Angebot ist angestrebt.

Bislang gibt es im Land Bremen keine spezifischen Eltern-Kind-Behandlungen, die gleichwohl gerade für Familien mit psychisch erkrankten Kindern jüngeren Alters in Bezug auf bindungsorientierte Hilfestellungen und familiensystemische Entwicklungsmöglichkeiten eine wichtige Rolle spielen können. Die Entwicklung von entsprechenden Angeboten sollte zukünftig in den Blick genommen werden.

4.1.9 Ausblick und Perspektiven der Versorgung

In allen Bereichen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ist ein Zuwachs an hilfesuchenden Kindern, Jugendlichen und ihren Familien zu verzeichnen. Gleichzeitig sind die Ressourcen für die Behandlung nicht erhöht worden, so dass in allen Segmenten der Versorgung Engpässe auftreten, die sich in langen Wartezeiten auf Beratungs-, Therapie und Behandlungsplätze niederschlagen. Ein weiterer Faktor ist die erfreulicherweise gestiegene Bereitschaft in der Bevölkerung, psychiatrische und psychotherapeutische Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Künftige Versorgungsplanung sollte diese gestiegenen Bedarfe berücksichtigen. Im Bereich der Weiterentwicklung der institutionellen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung steht die Entwicklung zusätzlicher Kapazitäten im Fokus, die beispielsweise in ambulant-aufsuchende Angebote münden könnten.

Gleichzeitig kommt dem Bereich Prävention und Frühintervention bei psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen eine gestiegene Bedeutung zu. Die bereits beschriebene ressortübergreifende Kooperation soll aus diesem Grund weiter ausgebaut werden, dabei soll ein Fokus auf der Entwicklung von konkreten sektorübergreifenden Hilfen und Projekten liegen.

Aufgabe 15: Festigung und Ausbau der sozialraumbezogenen Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Aufgabe 16: Entwicklung zusätzlicher Versorgungsangebote im Bereich ambulant aufsuchender Angebote und Frühintervention für das Land Bremen.

Aufgabe 17: Bedarfsanalyse und Entwicklung einer Versorgungsskizze für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Bremerhaven.

5 Weiterentwicklung der Suchthilfe

Aufgrund der vielfältigen körperlichen, psychischen und sozialen Problemlagen von Menschen mit Suchtproblemen ist ein sehr ausdifferenziertes „Suchthilfesystem“ entstanden, um den umfangreichen Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsbedarf von Menschen mit suchtbefragten Störungen abzudecken. Trotzdem findet nur ein Teil der Menschen mit Suchtproblemen den Zugang zu suchtspezifischen Hilfen und Angeboten. Ein beträchtlicher Anteil betroffene Menschen geht entweder eigene oder keine Wege zur Bewältigung der Problematik. Hier spielen unter anderem Scham, Strafverfolgung und Stigmatisierung eine Rolle. Ein weiterer Teil findet in anderen Bereichen der medizinischen und psychosozialen Versorgung Hilfe, wo eine möglicherweise vorhandene Suchtproblematik nicht primär im Fokus der Behandlung steht. Aufgrund der möglichen Chronifizierung und Folgeerkrankungen bei problematischem Suchtmittelkonsum zielt die Suchthilfe auf eine höhere und frühzeitigere Erreichung von betroffenen Menschen, einen Abbau der Schnittstellenprobleme im Hilfesystem und eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung.

5.1 Situationsanalyse

Zu den besonderen **Herausforderungen** gehören folgende Entwicklungen:

- **Veränderte Verhaltensmuster und Konsumtrends in der Bevölkerung** in Bezug auf psychoaktive Substanzen
 - Bei den verhaltensbezogenen Suchterkrankungen ist – befeuert durch die Kontaktbeschränkung während der Corona-Pandemie - ein Anstieg des **problematischen Medienkonsums** zu verzeichnen. Auch beim **problematischen Glücksspiel** zeichnet sich eine Steigerung ab.
 - Im Bereich der illegalen Substanzen ist seit 2018 zunächst in der Stadt Bremen und aktuell auch in Bremerhaven der **Crack-Konsum** stark angestiegen. Crack hat ein besonders hohes psychisches Abhängigkeitspotential und führt schnell zu massiven gesundheitlichen Schädigungen, einer starken Verelendung und zu psychischen Begleiterkrankungen. Zudem gehen mit dem häufig im öffentlichen Raum stattfindenden Konsum erhebliche Störungen der öffentlichen Ordnung einher.
Gleichzeitig sind weiterhin Opiate sowie neue hochwirksame synthetisch hergestellte **Neue psychoaktive Substanzen (NPS)** wie synthetische Cannabinoide und synthetische Opiode u. a. über Internetvertrieb auf dem Vormarsch, die ebenfalls hohe gesundheitliche Risiken mit sich bringen.
 - Problematischer **Alkoholkonsum** ist eher rückläufig auf immer noch sehr hohem Niveau. Alkoholische Getränke gelten in Deutschland häufig weniger als Rauschmittel, sondern als traditionsreiches Kulturgut. Mit 74.000 konsumbedingten Todesfällen in Deutschland jedes Jahr (DHS, 2020) verursacht Alkohol weitreichende gesundheitliche Schäden in der Bevölkerung.
- **Steigender Pflegebedarf** insbesondere bei Menschen mit polyvalentem Substanzkonsum
 - Bei Menschen, die exzessiv bzw. polyvalent/polytoxikoman Drogen und/oder Alkohol konsumieren, ist das Risiko einer Voralterung hoch. Drogenkonsument:innen leiden etwa 20 Jahre früher an chronischen Erkrankungen und Invalidität. Hinzu kommen häufig psychosoziale Problemlagen und neurokognitive Defizite, die sich deutlich früher einstellen.

- Daher sind die Bedarfe nach Angeboten, die sich an diese Zielgruppe richten, hoch, insbesondere nach ambulanten und stationären Pflegeangeboten. Die tatsächlichen Angebote bedienen jedoch nicht den Bedarf.
- Überproportionale Betroffenheit von **Wohnungslosigkeit** bei suchterkrankten Menschen
 - Durch die Folgewirkungen einer Suchterkrankung steigt das Risiko bei betroffenen Menschen, Ihre Wohnung zu verlieren.
 - Gleichzeitig erhöht Wohnungslosigkeit nicht nur den empfundenen Stress und die psychosozialen Probleme der Betroffenen erheblich, sondern erschwert bzw. verunmöglicht ambulante Hilfeleistungen.

5.2 Politische Rahmenbedingungen

Bremer Koalitionsvertrag 2023 -2027

Im Koalitionsvertrag für die 21. Wahlperiode der Bremischen Bürgerschaft 2023-2027 wurde die Stärkung der Präventionsmaßnahmen bei Jugendlichen und Erwachsenen und der Ausbau von niedrigschwelligen Hilfen insbesondere für Crackabhängige Menschen in den Stadtteilen festgeschrieben, u.a. Ruheliegen und mindestens ein weiteren dezentralen Konsumraum. Bereits in der „Vereinbarung zur Zusammenarbeit in einer Regierungskoalition 2019-2023“ wurde explizit der Gesundheitsschutz als Schwerpunkt der Bremer Drogenpolitik ausgewiesen. Menschen mit suchtmittelbezogenen Problemen sollen umfassende Hilfe bekommen und keine Strafverfolgung. Daran orientieren sich Planungen und Maßnahmen – einerseits, um den Einstieg in die Sucht zu erschweren und andererseits, um die gesundheitliche Lage Suchterkrankter zu verbessern und ggf. passgenaue Ausstiegshilfen bereit zu stellen.

Eckpunkte für eine integrierte Drogenhilfestrategie in der Stadt Bremen¹³

Am 12.12.2023 ist das unter Federführung der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz ressortübergreifend erarbeitete Eckpunktepapier der „Integrierten Drogenhilfestrategie“ durch den Senat verabschiedet worden. Es wurde gemeinsam mit den Ressorts für Inneres und Sport, für Kinder und Bildung, für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration, für Bau, Mobilität und Stadtentwicklung und für Umwelt, Klima und Wissenschaft und der Senatskanzlei erarbeitet.

Das ressortübergreifend geeinte Eckpunktepapier ist orientiert an der nationalen Strategie und dem städtischen Konzept Zürichs zur Drogen- und Suchtpolitik und baut auf den vier Säulen Prävention, Beratung/Therapie, Schadensminimierung und Regulierung/Repression auf. Es bildet die Grundlage weiteren Handelns des Senats, auch zur Finanzierung von Maßnahmen.

Die Strategie sieht perspektivisch eine Sozialraum- und stadtteilorientierte Ausrichtung des Suchthilfesystems vor und plant unter Vorbehalt der Zurverfügungstellung von Haushaltsmitteln die Errichtung von zusätzlichen regionalen Drogenhilfe-Einrichtungen und Akzeptanzflächen. Dazu soll eine Umstellung der bisher zentralisierten Drogenhilfe auf mehr regionalisierte Angebote erfolgen. Ziel ist es, die Versorgung von Menschen mit einer Suchterkrankung in betroffenen Stadtteilen zu verbessern und sie langfristig in Einrichtungen zu orientieren. Zu diesem Zweck sollen bestehende Hilfsangebote in besonders betroffenen Stadtteilen weitergeführt und auf- und ausgebaut werden.

¹³ Eckpunkte einer Integrierten Drogenhilfestrategie in Bremen

Der vorläufige Fokus der Maßnahmen liegt hierbei auf den Stadtteilen Mitte, Gröpelingen, Neustadt und Vegesack.

Mit dem Senatsbeschluss können bisher befristete Projekte, wie das Streetwork in Gröpelingen oder das Ruheliegenprojekt für Crackkonsumierende in der Friedrich-Rauers-Straße weiterfinanziert und teilweise ausgebaut werden. Daneben wurden zusätzliche Mittel für die wichtigen Bereiche Prävention, Müll-Entsorgung und Sicherheit zur Verfügung gestellt.

Perspektivisch sieht die Drogenhilfestrategie unter Vorbehalt der Zurverfügungstellung von Haushaltsmitteln die Errichtung von zusätzlichen regionalen Drogenhilfe-Einrichtungen, Notübernachtungen und Akzeptanzflächen sowie die Erweiterung von Öffnungszeiten der Drogenhilfeangebote in der Friedrich-Rauers-Straße vor, um die betroffenen Menschen in Einrichtungen versorgen zu können. Allerdings braucht es noch große Anstrengungen, die seit 2005 zentralisierte Drogenhilfe wieder nachhaltig in die Stadtteile zu orientieren und dafür entsprechende Haushaltsmittel bereitzustellen.

§ 10b Betäubungsmittelgesetz (BtMG) – DrugChecking:

Am 23.06.2023 löste die sich seit 2021 im Amt befindliche Bundesregierung eines ihrer drogenpolitischen Versprechen aus dem Koalitionsvertrag ein und implementierte einen neuen § 10b BtMG¹⁴. Dieser Gesetzestext definiert einheitliche Erlaubniskriterien für **DrugChecking**-Projekte, die – sofern ein politischer Wille zur Schaffung von Angeboten besteht, von den Bundesländern in entsprechenden Verordnungen übernommen werden müssen. Der Senat begrüßt diese Entwicklung und wird in einem ersten Schritt eine entsprechende Verordnung erlassen. Die Umsetzung möglicher DrugChecking-Projekte wird vorbehaltlich der Zurverfügungstellung entsprechender Haushaltsmittel geplant.

DrugChecking richtet sich an erwachsene Personen, die psychotrope Substanzen unter nicht regulierten bzw. illegalen Bedingungen erworben haben und vor deren Gebrauch eine Substanzanalyse durchführen möchten wie Party- und Freizeitdrogengebraucher:innen und Risiko-Gebraucher:innen.

DrugChecking enthält immer eine fachlich basierte, mit einer Risikoeinschätzung verbunden Rückmeldung des Testergebnisses an die Substanzgebraucher:innen, Informationen zu Konsumrisiken und Safer-Use-Regeln für die entsprechende Substanz sowie die Vermittlung von weitergehenden, grundlegenden Aspekten zum Umgang mit psychoaktiven Substanzen.

Die Aussagekraft der Testergebnisse ist umso höher, je qualifizierter die eingesetzten Analyseverfahren sind. Ein mobiles Drug-Checking-Angebot in der Party-Szene erreicht beispielsweise Menschen mit Konsumabsicht vor Ort, die sich möglicherweise bisher wenig mit Schadensminimierung beschäftigt und noch nie ein Beratungsangebot in Anspruch genommen haben.

Cannabisgesetz der Bundesregierung:

Der Senat hat die von der Bundesregierung umgesetzten Gesetzesänderungen zur **Entkriminalisierung und Abgabe von Cannabis** in Anbauvereinigungen in einer Landesverordnung umgesetzt. Die Einführung eines regulierten Abgabemodells an Erwachsene muss jedoch dringend von intensivierten Präventionsmaßnahmen flankiert werden, denn auch legal und kontrolliert angebautes Cannabis bleibt eine Substanz mit Gefährdungspotenzial. Cannabisprävention und –Information umfasst dabei Aufklärung über Wirkungsweise und Risiken als auch Harm Reduction im Rahmen von allgemeiner als

¹⁴ www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/_10b.html

auch spezifische Prävention. Zudem müssen die Schulungen der in den Anbauvereinigungen vorgesehenen Präventionsbeauftragten konzipiert und durch die Suchthilfe angeboten werden.

5.3 Überlebenshilfen und Niedrigschwellige Kontaktangebote

In der professionellen Suchthilfe gilt nicht mehr grundsätzlich das Maximalziel des dauerhaften Suchtmittelverzichts. Die Beratungsansätze orientieren sich an den individuellen Bedarfen der Menschen. Hier kommen auch Ziele wie Teilabstinenz (bezogen auf bestimmte Suchtmittel), Punktabstinenz (ausgerichtet auf einen situativen Anlass des Konsums), Konsummengenreduktion oder der Begleitung des Konsums im Rahmen von Harm Reduction (Schadensreduzierung und Überlebenshilfe) zum Tragen. Niedrigschwellige Kontaktangebote und Überlebenshilfen der Suchthilfe bieten Menschen mit suchtmittelbezogenen Problemen einen voraussetzungslosen Kontakt und eine akzeptierende Grundversorgung zur Schadensminimierung an und ermöglichen einen barrierearmen Zugang zum Hilfesystem.

Zielgruppe sind Personen mit einem problematischen bzw. eskalierten Konsumverhalten, die sich in einer prekären Lebenssituation oder in einer existenziellen Notsituation befinden bzw. die ihren Lebensmittelpunkt auf der Straße und/oder keinen Kontakt zur Suchthilfe haben. Dazu gehören die Menschen auf der offenen Drogenszene am Hauptbahnhof, die seit ca. 2018 mit dem Aufkommen des Crack-Konsums stetig gewachsen und zu einer Belastung des öffentlichen Raums mit einem hohen Beschwerdeaufkommen geworden ist. Die Menschen der Drogenszene sind häufig durch viele Faktoren belastet: schlechter Gesundheitszustand, soziale Verelendung, zusätzliche psychische Erkrankungen, unterschiedliche Arten von Risikoverhaltensweisen sowie ein hohes Mortalitätsrisiko.

Schwerpunkte der Überlebenshilfen und niedrigschwelligen Kontaktangebote sind folgende Leistungen:

- Grundversorgung mit dem Angebot von Getränken und warmen Mahlzeiten sowie Waschgelegenheiten und Kleiderkammer und weitere lebenspraktische Hilfen
- Safer use –Beratung mit Spritzenaustausch und weitere Überlebenshilfen
- Krisenintervention
- Informationsvermittlung
- eingehende sozialpädagogische Beratung, und ggf. Weitervermittlung
- gesundheitlich-medizinische Informations- und Versorgungsangebote sowie Infektionsprophylaxe
- Streetwork

Die niedrigschwelligen Angebote des Landes Bremen im Bereich Drogenhilfe sind im Anhang¹⁵ aufgeführt. Im Folgenden werden Projekte und Maßnahmen genannt, die in den letzten Jahren bereits etabliert wurden, um dem gestiegenen Drogenkonsum im öffentlichen Raum zu begegnen:

Ein Projekt zur Überlebenssicherung ist der 2020 eröffnete **Drogenkonsumraum in Containern** in der Friedrich-Rauers-Straße, der als befristete Übergangslösung bis zur Eröffnung des **Integrierten Drogenkonsumraums** betrieben werden soll. Hier findet neben Safer use Beratung und weiteren Überlebenshilfen sofortige Erste Hilfe bei Überdosierungen und anderen Notfällen statt. „Integrierter Drogenkonsumraum“ bedeutet, dass der Drogenkonsumraum in eine Einrichtung integriert ist, die über niedrigschwellige Angebote der Drogen- und Suchthilfe und darüber hinaus über eine

¹⁵ Anhang 2: Niedrigschwellige Drogenhilfeprojekte in Bremen

medizinische Ambulanz und Substitution verfügt. Dies wird durch den Zusammenzug des Kontakt- und Beratungszentrums mit dem Drogenkonsumraum in die Friedrich-Rauers-Straße vollzogen. Auf diese Weise ist eine umfassende Versorgung von unterschiedlichen Bedarfen innerhalb einer Einrichtung gesichert. Die Räumlichkeiten für den Drogenkonsum sind sowohl für den intravenösen als auch für den inhalativen Konsum ausgerichtet. Der Umbau der vorgesehenen Immobilie wird voraussichtlich im Sommer 2024 beginnen.

Aufgabe 18: Zusammenführung des Kontakt- und Beratungszentrums mit den Drogenkonsum-Containern zum „integrierten Drogenkonsumraum“.

Der **Ruhe- und Regenerationsort RegO** für Crack-Konsumierende umfasst einen Café-Betrieb mit Sitzmöblierung, einen Ruhebereich mit Liegen und einen Beratungsbereich mit Vergabe von Safer-Use-Materialien. Ruheliegen sind ein zentrales Element, um die in den kurzen Konsumzyklen verhafteten Crack-Konsument:innen zu stabilisieren und durch Hilfsangebote erreichen zu können.

Aufgabe 19: Fortführung und Ausbau des Projekts Ruhe- und Regenerations-Ort (RegO) für Crack-Konsumierende in neuen Räumlichkeiten während der Baumaßnahmen zum integrierten Drogenkonsumraum.

2022 nahmen verschiedene Drogenhilfeeinrichtungen im Bundesland Bremen am Modellprojekt „**NALtrain**“ zur Durchführung qualitätsgesicherter Take-Home Naloxon Schulungen teil, um ihr Wissen in Kurzinterventionen an Drogengebrauchende und Substituierte weiterzugeben. Außerdem wurden verbindliche Kontakte zu Ärzt:innen hergestellt, um zu gewährleisten, dass alle geschulten Drogengebraucher:innen und Substituierte ein Rezept für Naloxon erhalten. Der Konsum von Opioiden/Opiaten allein oder in Verbindung mit anderen Stoffen ist bei vielen Drogentodesfällen ursächlich. Viele dieser Todesfälle könnten durch den Einsatz eines Naloxon-Nasensprays vermieden werden. Das durch Laien einfach und sicher anwendbare Medikament Naloxon kann innerhalb weniger Minuten die atemlähmende Wirkung von Opioiden wie Heroin, Fentanyl oder Morphin stoppen. Es sollen nun regelmäßige Schulungen für Drogenkonsumierende durchgeführt werden.

5.4 Kommunale Suchtberatung

In folgenden Unterkapiteln wird die Arbeitsweise der Suchtberatungen vorgestellt.

5.4.1 Bedarfsgerechte Beratung von Menschen mit suchtmittelbezogenen Störungen

Zu den Aufgaben der ambulanten Suchtberatung gehören sowohl abstinenz- und ausstiegsorientierte Angebote als auch konsumbegleitende Maßnahmen für Hilfesuchende. Diese reichen von allgemeiner Beratung, der Vermittlung von Strategien zur Konsumkontrolle, der Unterstützung der Risikominderung beim Konsum, der Motivationsarbeit zur Veränderung bis hin zur Unterstützung bei der Erreichung von Abstinenz. In Suchtberatungsstellen werden üblicherweise auch Beratungen für Angehörige angeboten. Das Aufsuchen einer Beratungsstelle setzt ein entsprechendes Problembewusstsein und eine Terminfähigkeit voraus.

Die ambulante Suchtberatung arbeitet bei Bedarf zur Förderung der beruflichen und sozialen Teilhabe u. a. mit Arbeitsämtern, Jobcentern, Beschäftigungsprojekten, der Jugend- bzw. Familien- und Gesundheitshilfe sowie dem Gesundheitssystem, aufgrund der begleitenden Erkrankungen,

zusammen. Die ambulante Suchthilfe ist Teil eines vielfältigen Netzwerkes der Suchthilfe. Sie vermittelt bei Bedarf in weiterführende ambulante, stationäre und angrenzende Hilfsangebote.

Suchtberatung richtet sich immer nach dem Bedarf der Hilfesuchenden. Dies beinhaltet auch, dass Suchtberatung Angebote in leichter Sprache und kultursensibel und ggf. mit Hilfe von Sprachmittlern vorhält. Das Projekt Suchthilfe in leichter Sprache, das suchtpreventive Veranstaltungen und Mitarbeitenden-Schulungen in den Institutionen sowie passgenaue Maßnahmen in der Suchthilfe vorhält, schafft eine Vernetzung der Suchthilfe mit den Institutionen und Beratungsstellen der Behindertenhilfe. Die Verstetigung des Projekts im Rahmen der UN-BRK steht noch aus.

Kultur- und sprachensible Suchthilfe gewinnt ebenfalls immer mehr an Bedeutung.

Während in Bremerhaven die tradierte Trennung der Beratung bezüglich „legaler“ und „illegaler“ Drogen aufgehoben ist und es dort eine zentrale Suchtberatung gibt, ist diese in Bremen überwiegend noch nicht aufgelöst, obwohl bei vielen Konsument:innen ein gemischter Gebrauch von legalen und illegalen Suchtmitteln üblich ist.

Aufgabe 20: Erstellung eines Konzepts Verbindung der Beratung von „legalen“ und „illegalen Suchtmitteln“.

Alternativ bietet sich die gestufte Versorgung je nach Schweregrad der Suchterkrankung und Vulnerabilität der Betroffenen an. Insbesondere Personen mit psychischen Einschränkungen als Folge einer Abhängigkeit oder auch multimorbide Patient:innen mit Suchterkrankung brauchen alternative, konsekutive oder sich ergänzende (parallele) Angebote spezialisierter Versorgungssegmente. Hier kann die Suchtberatung das notwendige Casemanagement übernehmen, insofern es nicht über das Bundesteilhabegesetz (BTHG) erfolgt.

Ein weiterer Bestandteil der Suchtberatung ist die ambulante Versorgung für konsumierende Schwangere, abhängigkeitserkrankte Mütter und Väter mit Kind sowie Personen mit komorbiden Störungen und nicht-stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen.

Die wohnortnahe Beratung ist – außer in Bremerhaven und Bremen-Nord - innerhalb des Suchthilfesystems bisher nur teilweise umgesetzt, da das Drogenhilfesystem der Stadt Bremen seit 2005 zentral organisiert war und die meisten Angebote noch im Innenstadtbereich verortet sind. Im Rahmen der Integrierten Drogenhilfestrategie wurde die Etablierung regionaler Beratungsangebote als Ziel der weiteren Entwicklung benannt. Die Leistungserbringer:innen im Drogenhilfebereich sind schon in die regionalen GPVs eingebunden.

Während in der niedrigschwelligen Drogenhilfe suchtbegleitende Maßnahmen auch aufsuchender Art mittlerweile etabliert sind, fehlt dies noch in der Versorgung von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit. Suchtbegleitung hilft dabei, Konsum-Eskalationen und deren Folgewirkungen zu vermeiden und psychosoziale Probleme zu mindern und tragen somit zur Verbesserung des Gesundheitsstatus betroffener Menschen bei.

5.4.2 Frühzeitige Erreichung von Betroffenen durch Hilfsangebote

Die frühzeitige Erreichung von Menschen mit einem riskanten Suchtmittelkonsum durch Hilfsangebote ist von Bedeutung, um Gesundheitsschäden durch exzessiven Konsum zu vermeiden bzw. zu begrenzen und um eine Entwicklung zu einer Abhängigkeitserkrankung bzw. eine Chronifizierung zu

verhindern. Dies bedeutet, dass Suchtmittelkonsum z.B. regelhaft bei ärztlichen oder therapeutischen Konsultationen thematisiert und ggf. mittels Screening und bei entsprechender Auffälligkeit mittels einer anschließenden Diagnostik eingeschätzt wird, um individualisierte Hilfsmaßnahmen einzuleiten. Zum Beispiel erfolgt ein Screening auf alkoholbezogene Störungen idealerweise anhand von Befragungsinstrumenten (z.B. AUDIT¹⁶) oder klinischen Markern (z.B. Blutwerte) bei Patient:innen in Praxen, Krankenhäusern und Beratungsstellen. Auch zu anderen Gelegenheiten, z. B. wenn substanzbezogene Probleme im Rahmen einer Beratung im Arbeitsamt oder beim Jobcenter oder durch Konsiliar- und Liaisondienste in Krankenhäusern im Raum stehen, wäre eine Veranlassung eines solchen Vorgehens zielführend.

Bei Kurzinterventionen handelt es sich um bis zu fünf Gespräche bei Haus- oder Fachärzt:innen, im Allgemeinkrankenhaus, in Beratungsstellen, bei Betriebsärzt:innen oder bei Psychotherapeut:innen. Frühinterventionen sind lösungsorientiert, zielen auf Informationen und die Bearbeitung spezifischer Problematiken und regen Reflexionsprozesse an. Zum anderen befördern und unterstützen sie Veränderungsmotivationen bei suchtgefährdeten Menschen und aktivieren durch Reflexion individuelle und soziale Ressourcen zur Problembearbeitung. Kurzinterventionen sind zeitlich begrenzte, gezielte Frühinterventionen. Durch ein standardmäßiges und flächendeckendes Screening auf Alkoholprobleme und die Durchführung von Kurzinterventionen bei Auffälligkeiten könnte die Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit in Deutschland um rund 10 Prozent und die von Alkoholmissbrauch um rund 5 Prozent gesenkt werden¹⁷. Hier gilt es Möglichkeiten zur Früherkennung in verschiedenen Handlungsfeldern in Zusammenarbeit mit Ärztekammer, Krankenversicherung (KV) und Jobcentern zu erarbeiten.

In der von SGFV geförderten IMPELA-Studie¹⁸, die 2016 durchgeführt wurde, wurde herausgefunden, dass nur 2,9 % aller Personen mit riskantem Alkoholkonsum durch ihre Hausärzt:innen gescreent wurden; die Hälfte davon (1,4 %) erhielt eine Kurzintervention. Dem gegenüber steht, dass sich Betroffene im Nachhinein ein früheres Ansprechen wünschen von Hausärzt:innen, vom sozialen Umfeld und am Arbeitsplatz, um ihrem fehlenden Problembewusstsein entgegenzuwirken. Betroffene suchen häufig lange keine Hilfe, weil sie Konsequenzen fürchten und weil sie Ihre Probleme nicht wahrhaben wollen.

Seit 2018 wird das **Projekt FreD - Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsument:innen** - in Bremen und Bremerhaven mit großem Erfolg durchgeführt. Leitidee des Konzepts ist es, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die wegen ihres riskanten Konsums von Suchtmitteln aufgefallen sind, ein kurzes, gezieltes und möglichst freiwilliges Angebot zur Reflexion anzubieten. Die regelmäßige Evaluation der Teilnahmeergebnisse gehört mit zum Programm und bestätigt die Effektivität der Maßnahme.

5.4.3 Digitalisierung der Suchtberatung

Im Rahmen der Pandemiebewältigung erhielten die kommunal geförderten Suchtberatungsstellen in Bremen und Bremerhaven Mittel für die Digitalisierung zur Ermöglichung von kontaktloser Kommunikation. Dies war der Start zur Entwicklung digitalisierter Kontaktformate im

¹⁶ AUDIT ist eine einfache und effektive Methode zum Screening auf ungesunden Alkoholkonsum, definiert als riskanter oder gefährlicher Konsum oder jede Alkoholkonsumstörung. Siehe: <https://auditscreen.org/>

¹⁷ BPTK: Alkohol – die legale Droge. BPTK-Standpunkt, September 2016

¹⁸ Buchholz, A., Spies, M., Härter, M., Lindemann, C., Schulte, B., Kiefer, F., Frsichknecht, U., Reimer, J. & Verthein, U. (2020): Barrieren und Umsetzungsstrategien für die Implementierung der S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen

Beratungskontext, die in Zukunft eine wichtige Rolle im Angebot der Beratungsstellen spielen werden, um auch jüngeren Menschen den Zugang zu Hilfsangeboten zu erleichtern.

Deswegen nahm das Bundesland Bremen an der Erprobung der länder- und trägerübergreifenden Beratungsplattform Digi-Sucht¹⁹ für die kommunale Suchtberatung teil, die einen niedrigschwelligen digitalen Zugang zu kostenloser und professioneller Suchtberatung ermöglicht. Ziel war es, mit einer eigenständigen digitalen Suchtberatungsplattform, schnellstmöglich geeignete Rahmenbedingungen für eine qualitätsgesicherte und strukturierte digitale Versorgung von suchtkranken, suchtgefährdeten und ratsuchenden Personen zu schaffen und die Plattform in langfristig tragende Strukturen zu überführen.

Die Entwicklung und Erprobung der DigiSucht-Suchtberatungs-Plattform wurden mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) bis einschließlich Dezember 2023 gefördert. Der Betrieb der Plattform und die bundesweite Koordination des Projekts werden seit Januar 2024 anteilig von den beteiligten Bundesländern finanziert. Die Koordination auf fachlicher Ebene erfolgt in Bremen in enger Abstimmung mit SGFV durch die Bremische Landesstelle für Suchtfragen (BreLS). DigiSucht bietet den Ländern die einmalige Chance, die notwendige Digitalisierung der Suchtberatung in den Ländern äußerst wirtschaftlich und kostengünstig voranzubringen.

Über digitale Suchtberatung wird die Suchthilfe suchtmittelübergreifend zugänglicher und niedrigschwelliger, drei Beratungsstellen in Bremen und Bremerhaven haben bereits in 2022 die Nutzung im Rahmen des Bundesmodellprojekts begonnen. Im Herbst 2023 wurden weitere Beratungsstellen in der Nutzung geschult.

Ratsuchende können auf der Plattform Kontakt zu den Fachkräften aufnehmen, ihr Anliegen per Nachricht übermitteln oder einen Termin für einen direkten Austausch per Videochat oder per Messenger (Textchat) buchen. Die auf der Plattform vorhandenen digitalen Tools und Übungen (bspw. Konsumtagebuch, Motivationswaage) helfen dabei, den digitalen Beratungsprozess zu strukturieren und unterstützen bei einer Verhaltensänderung. Bei Bedarf erfolgt eine Vermittlung der Ratsuchenden in die vorhandenen Hilfestrukturen vor Ort.

Die Digitalisierung der Suchthilfe kann dazu beitragen, den Zugang zu persönlicher und qualifizierter Beratung in niedrigschwelliger Form zu erleichtern und Barrieren abzubauen, damit neue Personengruppen, wie z.B. riskant konsumierende Menschen und Personen mit einer Suchterkrankung, die andere Angebote nicht in Anspruch nehmen oder sogar bewusst meiden, erreicht werden können. So kann insbesondere jüngere Menschen der Zugang zu den Hilfsangeboten erleichtert werden.

Aufgabe 21: Ausbau der digitalen Suchtberatung im Bundesland Bremen.

5.5 Medizinische Hilfen für Suchtkranke

Eine Suchterkrankung ist eine psychische Erkrankung. Ein wichtiger Teilbereich der komplexen Behandlung im Bereich des Entzugs und der Komorbidität erfolgt in Bremen im psychiatrischen System. Aus diesem Grund ist die Suchtbehandlung im Bereich SGB V stark in die Bremer Psychiatriereform involviert. Ziel ist die Etablierung von verlässlichen Hilfpfaden für die unterschiedlichen Versorgungsziele Abstinenzerrreichung/ –stabilisierung und Begleitung bei chronischem Konsum sowie

¹⁹ Anhang 3: Flyer DigiSucht

eine Verbesserung der bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung Suchtkranker. Gleichzeitig müssen die spezifischen Bedarfe der Suchtbehandlung beachtet und Schnittstellenprobleme minimiert werden.

Ein anderer wichtiger medizinischer Bereich ist die substitutionsgestützte Behandlung, bei der ein Medikament (Substitutionsmittel) die Droge Heroin oder andere Opiate ersetzen soll. Bisher fehlt eine solche Behandlungsmöglichkeit im Bereich der Stimulantien (Kokain, Crack), was die Anbindung betroffener suchtkranker Menschen an das Hilfesystem erschwert.

5.5.1 Entzugsbehandlung

Den Körper von Alkohol oder Drogen zu entgiften, dauert in der Regel zwischen einer und drei Wochen. Während eines Medikamentenzugs reduzieren Patienten und Patientinnen schrittweise die Dosis. Die Entzugsbehandlung ist ein bedeutsamer Schritt auf dem Weg in eine dauerhafte Abstinenz. Die Dauer des Entzugs hängt unter anderem vom Wirkstoff, von der Dauer der Einnahme und vom Gesundheitszustand des suchtkranken Menschen ab. Bei einer chronischen Abhängigkeitserkrankung mit Komplikationsrisiken wird beim Entzug in der Regel eine stationäre Entzugsbehandlung im Krankenhaus empfohlen. Eine ambulante Entzugsbehandlung wird beispielsweise in der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ aus 2020²⁰ nur empfohlen in Fällen, in denen „keine schweren Entzugssymptome oder -komplifikationen zu erwarten sind, eine hohe Adhärenz und ein unterstützendes soziales Umfeld bestehen.“ Diese Konstellation kann in der Mehrzahl der Fälle nicht vorausgesetzt werden.

Bei der Entzugsbehandlung wird der „körperliche Entzug“ von dem „qualifizierten Entzug“ (QE) unterschieden. Der sog. „qualifizierte Entzug“ ist Startpunkt für eine Abstinenzbehandlung (Entwöhnung). Da ein körperlicher Entzug alleine keine hinreichende Therapie der Suchterkrankung darstellt, sollen weitere suchtmittelmedizinische/-therapeutische Hilfen wie eine Entwöhnungsbehandlung vorgehalten und angeboten bzw. im Anschluss möglichst nahtlos vermittelt werden²¹.

In der Stadt Bremen ist das Versorgungssystem noch bezüglich der Legalität der verwendeten Suchtmittel geteilt²². Das AMEOS Klinikum Bremen ist mit der Behandlung drogenabhängiger Menschen beauftragt, während die Klinika Bremen-Ost und Nord samt ihrer Tageskliniken Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen von Alkohol und Medikamenten behandeln. Besonders für die Entzugsbehandlung im Drogenbereich gibt es lange Wartezeiten, die sich während der Pandemie noch verschärft haben.

Aufgabe 22: Abbau der Warteliste für die Entzugsbehandlung im AMEOS Klinikum.

2023 wurde im gemäß der Transformation im Rahmen der Psychiatriereform eine der beiden Entzugsstationen des KBO geschlossen. Die damit verbundenen Behandlungsplätze sollen auf die vier Regio-Stationen des Klinikums verteilt werden, so dass weiterhin insgesamt 40 stationäre Behandlungsplätze zur Verfügung stehen. Dies ist jedoch bisher noch nicht erfolgt. Dabei müssen ausreichend stationäre Entzugsplätze in ansprechender und zeitgemäßer Umgebung mit über die

²⁰ S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, AWMF-Register Nr. 076-001, DGPPN und DG-SUCHT. Kurzfassung Aktualisierte Version 2020 URL: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/bb65eeb24d1d44d68d574999a210bd0a8999fb9b/076-001_alkohol_kurzfassung.pdf

²¹ siehe Anhang 4: Unterschied zwischen körperlichem Entzug und Qualifizierter Entzugsbehandlung

²² siehe Anhang 5: Kommunale Suchtberatungsstellen

suchtmedizinischen Maßnahmen hinausgehenden psychosozialen und psychotherapeutischen Interventionen vorgehalten werden, um die Voraussetzungen für Menschen mit Abstinenzabsicht zur Weitervermittlung in eine Entwöhnungsbehandlung zu schaffen. Die IMPELA Studie beschreibt für alkoholbezogene Störungen im Bundesland Bremen, dass insbesondere 21- bis 39-Jährige sich zu selten einer stationären Entzugsbehandlung unterziehen. Die Früherkennung einer Konsumproblematik bzw. eine höhere Inanspruchnahme der Entzugsbehandlung könnte jedoch das Risiko für das Entstehen von Suchtfolgeerkrankungen und für die Chronifizierung der alkoholbezogenen Störung deutlich senken.²³

Mit den Regio-Stationen ist jeweils eine Tagesklinik und eine Ambulanz mit einem teilweise übergreifenden Behandlungsteam verbunden, so dass Regionsbezug bzw. Lebensumfeld-Nähe sowie eine größtmögliche Behandlungskontinuität sichergestellt und Schnittstellenprobleme beim Wechsel der Behandlungsform vermieden werden kann. Insbesondere für Menschen, für die eine Abstinenz aktuell nicht in Frage kommt, ist eine kontinuierliche Versorgung durch möglichst kontinuierliche Betreuungspersonen essenziell.

Die mit der Psychiatrie-Reform einhergehenden Veränderungen für den Suchtbereich umfassen die Schaffung von mehr Kapazitäten für den ambulanten und tagesklinischen qualifizierten Entzug von schwerpunktmäßig Alkohol. So werden für alle Bremer:innen zugängliche tagesklinische Plätze für den qualifizierten Entzug vorgehalten werden, um die wohnortnahe Behandlung in den Regionen (jeweils 5 Plätze pro Region) sicherzustellen.

Die Wahl des Behandlungssettings (Tagesklinik, Suchtstation, Regio-Station) soll in Absprache mit den Patient:innen erfolgen. Für manche Betroffene ist es bedeutsam, die komplette Entzugsbehandlung von 21 bis 28 Tagen im stationären (Schutz-) Bereich durchführen zu können. Das Prinzip der Wahlfreiheit für die Patient:innen in Bezug auf ihre Behandlung ist ein zentrales Element der Psychiatriereform.

Aufgabe 23: Wiederherstellung von 40 stationären suchtmedizinischen Behandlungsplätzen im KBO.

5.5.2 Ausweitung psychiatrische Hilfen

Das psychiatrische Hometreatment (Akutbehandlung zu Hause) **Bravo** soll in Bremen auch auf die Suchtbehandlung ausgeweitet werden. Aktuell gibt es jedoch noch kein Konzept dafür. Außerdem soll es für Patienten und Patientinnen, die im Hometreatment (Bravo) behandelt werden, die Möglichkeit geben, an den suchtspezifischen Gruppentherapien in den jeweiligen Behandlungszentren vor Ort teilzunehmen. Dadurch würden sich erhebliche Synergien in der Behandlung ergeben, zumal ja in den Behandlungszentren auch die Suchtberatung und Vermittlung in Entwöhnungsbehandlungen angeboten wird. Insbesondere für Personen mit psychischen Einschränkungen als Folge einer Abhängigkeit oder auch multimorbide Patienten und Patientinnen mit Suchterkrankung ohne Abstinenzabsicht könnte das Hometreatment die Versorgung verbessern.

²³ Buchholz, A., Spies, M., Härter, M., Lindemann, C., Schulte, B., Kiefer, F., Frischknecht, U., Reimer, J. & Verthein, U. (2020): Barrieren und Umsetzungsstrategien für die Implementierung der S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen

Aufgabe 24: Finalisierung des suchtmedizinischen Konzepts im Rahmen der BravO-Behandlung.

Die ambulante **psychiatrische Versorgung von drogenabhängigen Menschen** soll ebenfalls verbessert werden. Oft finden Menschen mit sogenannten Doppeldiagnosen weder suchtmedizinisch noch psychiatrisch-psychotherapeutisch die für sie passenden ambulanten Angebote. Dabei wird die Prävalenz von komorbiden psychiatrischen Erkrankungen bei schwer drogenabhängigen Menschen mit 70 bis 90 Prozent als besonders hoch eingeschätzt. Daher kommt der neu gegründeten Institutsambulanz des AMEOS Poliklinikums Bremen eine hohe Bedeutung zu. Hier gilt es, eine enge Zusammenarbeit mit den Drogenhilfeangeboten zu entwickeln, um den Zugang für betroffene Menschen zu verbessern.

Aufgabe 25: Ausbau der Zusammenarbeit der Institutsambulanz für Drogenpatient:innen mit Doppeldiagnose des AMEOS Klinikums mit den Drogenhilfeangeboten.

5.5.3 Substitutionsbehandlung

Die substitutionsgestützte Behandlung, bei der ein Medikament (Substitutionsmittel) die Droge Heroin oder andere Opiate ersetzen soll, ist fester Bestandteil der Drogentherapie. Laut Substitutionsregister²⁴ waren am 01.10.2023 im Bundesland Bremen 1.733 Patient:innen bei 49 substituierenden Ärzt:innen gemeldet. Die durchschnittliche Anzahl der gemeldeten Patient:innen pro Ärzt:in betrug 35,4. Pro 100.000 Einwohn:innen gab es 253 substituierte Menschen (Spitzenplatz noch vor den anderen Stadtstaaten). Die Anzahl der substituierenden Ärzt:innen sank in den letzten Jahren von 59 auf 49. Das ist eine besorgniserregende Entwicklung und bedarf dringender Maßnahmen. Die Akquise zusätzlicher substituierender Ärzt:innen in Bremen unter Federführung der Kassenärztlichen Vereinigung wird in den nächsten Jahren im Fokus stehen. Im Land Bremen werden weit über die Hälfte der Patient:innen in Großpraxen versorgt.

Nicht alle in Bremen substituierten Menschen wohnen in Bremen bzw. Bremerhaven, es gibt auch die Nutzung durch Menschen aus dem niedersächsischen Umland. Trotzdem muss man eine hohe Betroffenheit Bremen von Opiatabhängigkeit annehmen: In einer Untersuchung des IFT²⁵ mit Daten aus 2016 nimmt Bremen mit 5,5 Betroffenen pro 1000 Einwohnende dort den Spitzenplatz ein.

Der überwiegende Anteil der Szene-Angehörigen rund um den Bahnhofsvorplatz wird laut DRUSEC-Studie mit Drogen-Ersatzstoffen substituiert. Allerdings war der Studie zufolge 70 % dieser Klient:innen zum Befragungszeitraum (2018) die Möglichkeit zu einer psychosozialen Beratung und Betreuung (PSB) nicht bekannt war. Zudem wurde ein Anstieg von intravenösem Beikonsum bzw. Crack-Konsum bei den Substituierten festgestellt.

Diamorphin gilt als das wirksamste Substitut bei schwerer Opiatabhängigkeit, es hat eine hohe wissenschaftliche Evidenz. Es ist gut geeignet, das Risiko für Beikonsum, z.B. Kokain oder Crack, zu senken, ist aber auf keinen Fall indiziert, wenn keine Opiatabhängigkeit vorliegt. Seit 2010 ist die Behandlung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in einer Praxis möglich. In Bremen gibt es bisher keine Substitutionsambulanz mit Diamorphinvergabe.

²⁴ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Bericht zum Substitutionsregister (Januar 2024)

²⁵ Kraus L, Seitz NN, Schulte B, Cremer-Schaeffer P, Braun B, Verthein U, Pfeiffer-Gerschel T: Estimation of the number of people with opioid addiction in Germany. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 137–43. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0137

Nach einer Informationsveranstaltung durch die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz Ende 2022 gibt es mittlerweile Planungen des AMEOS Poliklinikums Bremen, eine solche Ambulanz zu errichten.

Aufgabe 26: Etablierung einer Diamorphinambulanz in der Stadt Bremen.

Bundesweit fehlt jedoch weiterhin eine zugelassene Substitutionsbehandlung im Bereich der Stimulantien (Kokain, Crack). Dies ist angesichts der steigenden Anzahl Crack-Konsumierenden in Bremen problematisch und erschwert die Anbindung betroffener suchtkranker Menschen an das Hilfesystem. Zudem sind am Hauptbahnhof weiterhin drogenabhängige Menschen anzutreffen, die wegen zeitweiligem oder grundsätzlichem Fehlen von Leistungsansprüchen nicht substituiert werden können.

Aufgabe 27: Prüfung von Möglichkeiten zur medikamentengestützten Behandlung von Kokain- und Crack-abhängigen Menschen auf Bundes- und Landesebene.

5.6 Hilfe zum Ausstieg

In der professionellen Suchthilfe gilt nicht mehr grundsätzlich das Maximalziel des dauerhaften Suchtmittelverzichts. Die Beratungsansätze orientieren sich an den individuellen Bedarfen. Hier kommen auch Ziele wie Teilabstinenz (bezogen auf bestimmte Suchtmittel), Punktabstinenz (ausgerichtet auf einen situativen Anlass des Konsums), Konsummengenreduktion oder der Begleitung des Konsums im Rahmen von Harm Reduction (Schadensreduzierung und Überlebenshilfe) zum Tragen. Trotzdem entscheiden sich immer noch viele Menschen für das Ziel einer dauerhaften Abstinenz. Die bereits erwähnte S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen empfiehlt beispielsweise aufgrund gesundheitlicher Aspekte weiterhin Abstinenz als Therapieziel der ersten Wahl für Alkoholabhängige.

Die Abstinenz-Behandlung erfolgt in der Regel in zwei Schritten: Als erstes findet der Suchtmittel-Entzug in Form einer qualifizierten Entzugsbehandlung statt. Sie erfolgt meist stationär oder tagesklinisch und unter ärztlicher Aufsicht, da es zu schweren, lebensbedrohlichen Komplikationen kommen kann. Danach erfolgt idealerweise möglichst nahtlos eine Weiterbehandlung, häufig in Form einer Entwöhnung im Rahmen einer Suchtrehabilitation, die die Behandlung der psychischen, körperlichen und sozialen Veränderungen durch die Abhängigkeitserkrankung beinhaltet.

In Bremen hat 2012 das RehaCentrum Alt-Osterholz als stationäres Angebot mit der daran angeschlossenen ganztägig-ambulanten Rehabilitation Change! Bremen eröffnet. Dazu wurden drei alte Einrichtungen mit dem Ziel einer wohnortnahen Behandlung zusammengeführt. Außerdem stehen noch zwei Rehabilitationsambulanzen zur ambulanten Suchtrehabilitation und Nachsorge zur Verfügung²⁶. Die Angebote sind suchtmittelübergreifend. Die Standards der ambulanten Behandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation werden grundsätzlich im gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 3. Dezember 2008 definiert.

Allerdings ist der Anteil der Personen mit Wohnsitz in Bremen im RehaCentrum auffallend gering. Am 26.05.2021 waren von 76 belegten stationären Plätzen im RehaCentrum 9 Plätze von Menschen mit

²⁶ Anhang 6: Angebote der medizinischen Suchtrehabilitation in Bremen

alkoholbezogenen Störungen mit Wohnsitz in Bremen belegt (12%), von den 16 belegten ganztägig ambulant Plätzen im CHANGE! Bremen waren 7 von Bremer:innen belegt (44%). Dies begründet sich dadurch, dass die Inanspruchnahme der Klinik nur durch vorheriger Beratung und qualifiziertem Entzug stattfinden kann. Wenn in Bremen dort der Erreichungsgrad gering ist, kommen vergleichsweise wenig Bremer:innen in der Klinik an und eine wortortnahe Behandlung mit Sozialraumbezug kann nicht stattfinden. Die Erhöhung der Inanspruchnahme der stationären und ganztägig ambulanten Suchtrehabilitation durch Bremer Bürger:innen bleibt daher ein fortwährendes Ziel. Auch wenn eine wohnortferne Sucht-Rehabilitationen bei bestimmten Konstellationen Sinn machen kann, z.B. bei fehlender sozialen Unterstützung und dringender Notwendigkeit der Distanzierung zum konsumierenden Umfeld, ist in den meisten Fällen eine wohnortnahe Behandlung unter Einbezug des sozialen Umfelds sinnvoll. Nur so ist auch eine eventuell notwendige Versorgungs-Abstimmung innerhalb des zuständigen Gemeindepsychiatrischen Verbunds möglich.

5.7 Weitere Handlungsnotwendigkeiten

Im den folgenden Kapiteln werden spezifische Handlungsnotwendigkeiten in der Suchthilfe aufgeführt und erläutert.

5.7.1 Hilfen für Kinder aus suchtblasteten Familien

Die seelische und körperliche Gesundheit kann durch eine elterliche Suchterkrankung massiv beeinträchtigt werden. Schätzungsweise 2,65 Mio. Kinder und Jugendliche leben in Deutschland mit einem Elternteil mit einer alkoholbezogenen Störung (Missbrauch oder Abhängigkeit) zusammen, rund 60.000 Kinder haben einen opiatabhängigen Elternteil. Etwa 37.500 bis 150.000 Kinder haben glückspielsüchtige Eltern. 6 Mio. Erwachsene sind als Kinder in suchtblasteten Familien aufgewachsen.

Kinder aus suchtblasteten Familien sind besonders gefährdet, später selbst eine Suchterkrankung oder eine andere seelische Störung (z.B. Ängste, Depressionen, Schizophrenien, Schlafstörungen, Persönlichkeitsstörungen) zu entwickeln. Außerdem werden in Deutschland ca. 1.700 Neugeborene pro Jahr durch Drogenkonsum und 2.500 durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft dauerhaft geschädigt. FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) ist die häufigste angeborene geistige Behinderung und zu 100 Prozent vermeidbar!

Suchtblastete schwangere Frauen bzw. junge Eltern finden oftmals nicht von sich aus Kontakt zu den Angeboten des Hilfesystems. Notwendige Unterstützungsangebote können deshalb nicht in Anspruch genommen werden, so dass betroffene Kinder oft schon in frühem Lebensalter starken psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind und vermeidbare Schädigungen erleiden. Andererseits zeigt sich in der Praxis, dass schwangere Frauen und junge Eltern Angebote überwiegend gut annehmen und bereit sind, sich für Veränderungen zu öffnen und frühzeitig einsetzende Hilfen zu nutzen. Das Projekt Eltern PLUS unterstützt drogenabhängige Schwangere und Eltern bei der Ermöglichung eines gesunden Aufwachsens ihrer Kinder unter Einbezug des Jugendamts.

Der aktive Schutz des Wohls von Kindern aus suchtblasteten Familien durch die ambulante Suchthilfe ist u.a. durch das Bundeskinderschutzgesetz geregelt. Aus diesem Grund gibt es in Bremen in allen Settings der ambulanten Suchthilfe verbindliche Verfahren zur Früherkennung und Abwendung einer Kindeswohlgefährdung. Die Zusammenarbeit zur Sicherung des Kindeswohls ist in der Stadt Bremen in der Fachliche Weisung des Amts für Soziale Dienste von 2009 geregelt. Mitarbeitende der Sucht- und Jugendhilfe beteiligen sich am durch die Sozialbehörde geleitete „Fachbeirat Sucht“ und diskutieren

regelmäßig die Umsetzung einer gelingenden Kindeswohlsicherung und mögliche Handlungsnotwendigkeiten. Die Überprüfung der verantwortungsvollen Umsetzung des Kinderschutzes in den Einrichtungen der Suchthilfe und die Identifizierung von neuen Herausforderungen ist eine fortwährende Aufgabe und wird im Rahmen des Fachbeirats problematisiert.

5.6.1 Einbezug von Selbsthilfe bzw. „Expert:innen aus Erfahrung“ in die Suchthilfe

Im Land Bremen gibt es eine Vielzahl von unterschiedlich organisierten Sucht-Selbsthilfegruppen. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag zur gesellschaftlichen Teilhabe von suchtkranken Menschen. Sie sind ein unverzichtbarer Bestandteil unseres Gesundheits- und Sozialwesens. Jede Form der Selbsthilfe lebt von der Kompetenz der Betroffenen. Durch das Erleben und Durchleben einer Erkrankung oder kritischen Lebenssituation entsteht ein persönliches, individuelles Expertentum. Durch die wechselseitige Hilfe auf der Basis gleicher Betroffenheit wird die Chance jedes Einzelnen vergrößert, selbstbestimmt und eigenverantwortlich nach den eigenen Möglichkeiten zu leben und die eigene Gesundheitskompetenz zu steigern. Sie kann vor, während oder nach der Inanspruchnahme von professioneller Suchthilfe besucht werden. Die Selbsthilfeorganisationen sind darüber hinaus über den Arbeitskreis Alkohol beratend in der Suchthilfe eingebunden und tragen dazu bei, die Suchthilfeangebote Nutzer:innen-orientierter auszurichten. Die Kooperation von Sucht-Selbsthilfe mit den Fachkräften der ambulanten und stationären Suchthilfe ist von großer Bedeutung, um eine nahtlose Versorgung Betroffener sicherzustellen.

Der Einsatz von „Expert:innen aus Erfahrung“ als professionelle Mitarbeitende gehört in der psychiatrischen Versorgung in Bremen mittlerweile zum Standard. Es gibt Ausbildungsstandards, wie z.B. die Qualifizierung zum EX-IN, und Finanzierungsmöglichkeiten z.B. durch Krankenkassen. Ein systematisches Konzept für die Ausbildung und den Einsatz von Expert:innen aus Erfahrung in der Suchthilfe gibt es bisher jedoch noch nicht. Die hohe Authentizität und umfassende Kenntnisse ehemaliger Betroffener ist in der Suchthilfe sehr gut geeignet, Betroffene bei der Entwicklung einer Veränderungsmotivation und der Verbesserung ihrer Lebenssituation zu begleiten. Die Expert:innen aus Erfahrung haben den Blick auf den Lebensweg mit der Suchterkrankung und können verschiedene Phasen auf dem Weg zur Genesung schildern. Auch der Einsatz von Angehörigen in der professionellen Beratung und Begleitung Angehöriger von drogenabhängigen Menschen ist gleichermaßen sinnvoll. Der Einsatz von Expert:innen aus Erfahrung in der kommunal geförderten Suchthilfe und in der medizinischen Behandlung ist erstrebenswert. Die Entwicklung eines Konzepts für die Ausbildung und den Einsatz von Expert:innen aus Erfahrung in der Suchthilfe steht noch aus.

5.7.2 Entstigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen

Die Entstigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen²⁷ ist ein wichtiges Anliegen, da die Stigmatisierung für Betroffene durch soziale Isolation, Marginalisierung und reduzierte Lebensqualität oft eine große und ernsthafte Belastung darstellt und ihre Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung und Integration in die Gesellschaft erschweren kann. Stigmatisierung hat drei Ausprägungen: Strukturelles Stigma z.B. im Gesundheitssystem, öffentliches Stigma und Selbststigma. Stigmatisierung ist mit einem höheren Risiko medizinischer Komorbidität und erhöhter Mortalität assoziiert.

²⁷ Positionspapier DHS https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/2023-09-26-Positionspapier_stigmafreie_Begriffe.pdf

Die Stigmatisierung von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen ist stärker und persistenter als bei anderen Erkrankungen und Eigenschaften wie z.B. Depression, Schizophrenie oder Obdachlosigkeit.²⁸

Maßnahmen, die dazu beitragen können, die Stigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen zu verringern, sollen bei allen möglichen Gelegenheiten eingesetzt werden:

- Eine wertschätzende, akzeptanzorientierte und unterstützende Grundhaltung
- Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit über die Ursachen von Abhängigkeitserkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten, um Vorurteile und Unwissenheit zu reduzieren.
- Die Einbeziehung von Selbsthilfe und Expert:innen aus Erfahrung und die eigene aktive Teilhabe an der Gestaltung von Behandlungsangeboten, um das Empowerment Betroffener deutlich zu stärken.
- Eine verantwortungsvolle Berichterstattung in den Medien und eine sachliche Darstellung von Abhängigkeitserkrankungen, um Vorurteile abzubauen.
- Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren wie z.B. Selbsthilfegruppen, Fachverbänden, Hilfseinrichtungen und der Öffentlichkeit, damit Betroffene besser unterstützt werden und die Stigmatisierung reduziert wird.

²⁸ Speerforck, Dr. Sven: Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden – sind wir auf dem Weg? Vortrag auf dem 26. Wissenschaftliches Symposium des Norddeutschen Suchtforschungsverbundes https://www.nsfev.de/wp-content/uploads/2021/08/Speerforck_Vortrag_NSF2021.pdf

6 Maßregelvollzug als Teil der Gemeindepsychiatrie

Anmerkung: Statt der antiquierten Begrifflichkeit Maßregelvollzug sollte eher von einer strafrechtsbezogenen Unterbringung gesprochen werden. Da aber aktuell noch in allen rechtlichen Regelungen dieser Begriff verwendet wird, wird er hier (noch) angewendet.

Maßregelvollzug (MRV), d.h. die Unterbringung von psychisch kranken und suchtkranken Straftäter:innen ist - wie auch der Justizvollzug - eine originäre Landesaufgabe. Die Entscheidung über eine Unterbringung in Einrichtungen des MRV erfolgt auf der Grundlage richterlicher Beschlüsse. MRV-Unterbringungen umfassen hauptsächlich²⁹:

- Unterbringungen psychisch kranker Straftäter:innen in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB),
- Unterbringungen suchtkranker Straftäter:innen in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB),
- einstweilige Unterbringungen (§ 126a StPO, vergleichbar der Untersuchungshaft).

Das Ziel des Maßregelvollzugs ist es, durch Behandlung, Therapie und Unterstützung die Patient:innen auf ein straffreies Leben vorzubereiten. Dabei bewegt sich der Maßregelvollzug stets im Spannungsfeld von Therapie/Behandlung und Sicherung.

6.1 Der Maßregelvollzug im Land Bremen

Im Land Bremen erfolgt die Unterbringung im Maßregelvollzug in der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum-Bremen-Ost des Klinikverbunds Gesundheit Nord. Die Klinik besteht aus

- einem besonders gesicherten Gebäudekomplex mit
 - sieben geschlossenen Stationen, darunter eine hochgesicherte Therapiestation sowie niedriger gesicherten Therapiestationen. Letztere sind zwar auch geschlossen, innerhalb derer können sich die Patient:innen jedoch freier bewegen,
 - Räumen für verschiedene therapeutische Maßnahmen (u.a. Ergotherapie, Kunst-, Bewegungs- und Musiktherapie) sowie
 - begrünten Hofanlagen und einem Sportplatz.
- einer gesicherten Station in einem kleineren Gebäude auf dem Krankenhausgelände vor allem für suchterkrankte Patient:innen mit fortgeschrittenem Therapieerfolg und erweiterten Lockerungen,
- einem Gebäude mit einer Station für den offenen Maßregelvollzug auf dem Krankenhausgelände und
- einer forensischen Institutsambulanz (PIA-F), die im gleichen Haus wie die Station für den offenen Maßregelvollzug untergebracht ist.

Seit 2021 können im geschlossenen und offenen Bereich insgesamt 155 Patient:innen untergebracht werden. In Bremen wird der Ansatz verfolgt, möglichst frühzeitig mit der Resozialisierung zu beginnen. Sobald es vertretbar ist, erhalten Patient:innen Vollzugslockerungen, d.h. zunächst begleitete Ausführungen, dann zeitlich und regional gestufte Ausgänge bis hin zu Urlauben (z.B. über das

²⁹ Weitere forensische Rechtstitel sind: § 81 StPO: Unterbringung des Beschuldigten zur Vorbereitung eines Gutachtens; § 453c StPO: Sicherungshaftbefehl (Vorläufige Maßnahme vor Widerruf der Aussetzung), § 67h StGB: Befristete Wiedereinvolzugsetzung; Krisenintervention. Nicht mehr freiheitsentziehend: § 67d StGB: Unter Führungsaufsicht

Wochenende bei der Familie). Die höchste Stufe der Vollzugslockerung ist die Unterbringung außerhalb des Klinikgeländes noch unter freiheitsentziehender Maßregel. Die Patient:innen wohnen dann häufig in einer „Forensischen Wohngemeinschaft“ der Bremer Werkgemeinschaft. In den Wohngemeinschaften werden die Patient:innen nach ihren individuellen Bedarfen begleitet und unterstützt; hierzu zählt auch Arbeit und Beschäftigung. Die therapeutische Behandlung erfolgt durch die forensische Institutsambulanz (PIA-F). Forensische Wohngemeinschaften sind über das Stadtgebiet verteilt und stellen ein Angebot dar, das bundesweit Beachtung findet. Bei hinreichendem Fortschritt der/des Patient:in ordnet das Gericht Führungsaufsicht an. Die Maßregel wird ausgesetzt und der/die Patient:in erhält ggf. bestimmte Auflagen, die zu erfüllen sind (z.B., sich nicht an bestimmten Orten aufzuhalten). Die betroffene Person untersteht dann einer Aufsichtsstelle - in Bremen sind das die Sozialen Dienste der Justiz. Auch während der Führungsaufsicht kann der bzw. die Patient:in in der Forensischen Wohngemeinschaft wohnen bleiben. Sofern das Gericht eine entsprechende Anordnung trifft, kann die betroffene Person auch weiter von der forensischen Institutsambulanz (PIA-F) behandelt werden. Wenn davon auszugehen ist, dass die betroffene Person keine Straftaten begeht, wird durch einen Gerichtsbeschluss die Führungsaufsicht beendet - auch wenn der bzw. die Patient:in weiterhin psychisch krank ist. Dann erfolgen Hilfen aus dem Bereich der Allgemeinpsychiatrie.

Von dieser Prozessbeschreibung kann in der Praxis auch abgewichen, werden – z.B. indem das Gericht eine sofortige Aussetzung der Maßregel anordnet oder wenn der bzw. die Patient:in eine Krise erleidet, die eine Wiederaufnahme in die Klinik erfordert.

Maßregelvollzug erfolgt nicht isoliert von anderen Versorgungssystemen. Eine gute Kooperation der beteiligten Akteure ist unabdingbar.

6.2 Die Aufgaben der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz im Rahmen des Maßregelvollzugs

Die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz hat den Klinikverbund Gesundheit Nord mit der staatlichen Aufgabe des Maßregelvollzugs beliehen. Da der Maßregelvollzug einen erheblichen Eingriff in die Grundrechte (Freiheitsentzug, Zwangsmaßnahmen) darstellt, wird die Arbeit der Maßregelvollzugsklinik durch eine enge Fachaufsicht der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz begleitet. Zu den Instrumenten der Fachaufsicht zählen:

- regelmäßige Gespräche zwischen Behördenvertretungen und der Klinikleitung vor Ort,
- unverzügliche Meldepflicht bei „Besonderen Vorkommnissen“ (wie z.B. Gewalt gegenüber Mitpatienten oder dem Personal, Entweichungen),
- Dokumentationspflichten gegenüber der Behörde (z.B. Quartalsberichte über Zwangsmaßnahmen, Jahresberichte)
- Beschwerdemanagement: Patient:innen können sich mit Anliegen an die Behörde wenden. Die Beschwerden werden dann schriftlich oder im Rahmen von Patient:innengesprächen – und Gesprächen mit der Klinik bearbeitet. Patient:innen können sich mit ihren Anliegen auch an die Besuchskommission wenden.

Die Finanzierung des Maßregelvollzugs erfolgt vollständig aus dem Haushalt des Landes Bremen (sofern für keine anderen Zahlungsansprüche geltend gemacht werden können³⁰).

³⁰ Hierzu zählt z.B. der Haftkostenbeitrag, den Patient:innen – analog zu Strafgefangenen – entrichten müssen, wenn sie arbeiten oder Einnahmen beziehen.

6.3 Entwicklungen im Maßregelvollzug

Bundesweit wie auch in Bremen ist eine deutliche Zunahme der gerichtlichen Anordnungen für eine Unterbringung im Maßregelvollzug zu beobachten. Damit steigen auch die Belegungszahlen in den Kliniken und so auch der Belegungsdruck. Da die Kliniken kaum Möglichkeiten der Patientensteuerung haben – die Aufnahmen und auch die Entlassungen erfolgen per Gerichtsbeschluss - sind in Deutschland viele Kliniken voll- bis überbelegt. Dies ist auch in Bremen so. In der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie am KBO ist die durchschnittliche Belegung von 130 Patient:innen im Jahr 2009 auf 154 Patient:innen im Jahr 2022 gestiegen (siehe nachfolgende Abbildung). Mit der Steigerungsrate von 18% in diesem Zeitraum liegt Bremen im Bundesdurchschnitt (19%).³¹

Voll ausgelastet ist die Klinik bei einer Belegung von 155 Plätzen. Im Jahr 2023 war die Klinik mit durchschnittlich 157 Patient:innen überbelegt.

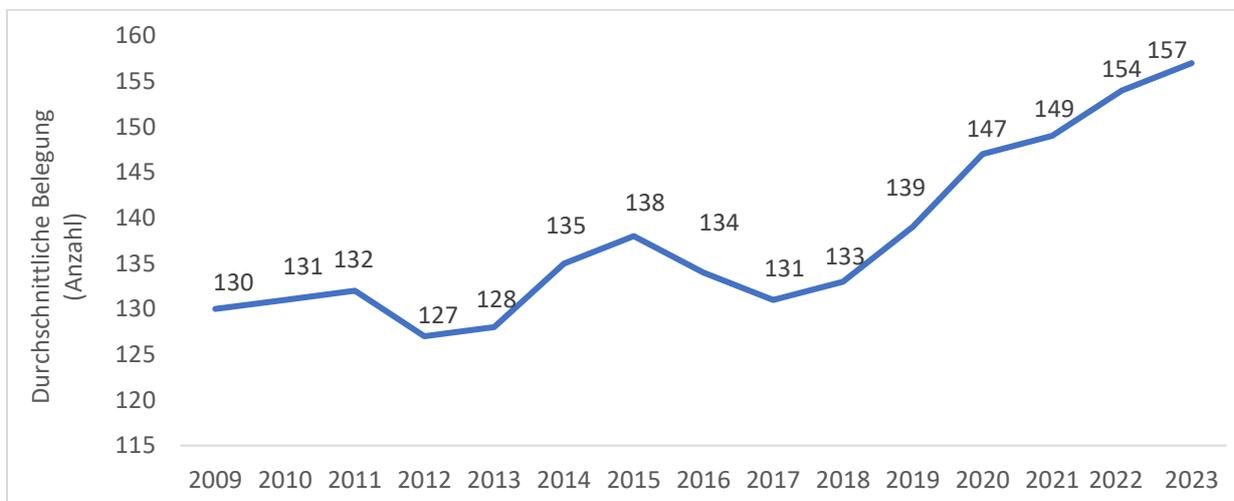


Abbildung 4: Durchschnittliche Belegung im Maßregelvollzug des Landes Bremen³²

Für die Suche nach den Gründen der steigenden gerichtlichen Anordnungen ist ein differenzierter Blick auf die einzelnen forensischen Rechtstitel hilfreich. Die nachfolgende Abbildung zeigt, dass die deutlichsten Zunahmen in Bremen (wie auch nahezu bundesweit) bei Anordnungen nach § 64 StGB (Straftaten im Zusammenhang mit Suchterkrankungen) und nach § 126a StPO (einstweilige Unterbringungen) zu verzeichnen sind.

³¹ Daten aus dem Kerndatensatz ohne Bayern und Baden-Württemberg

³² ceus consulting/FOGS (2022): Kerndatensatz Maßregelvollzug

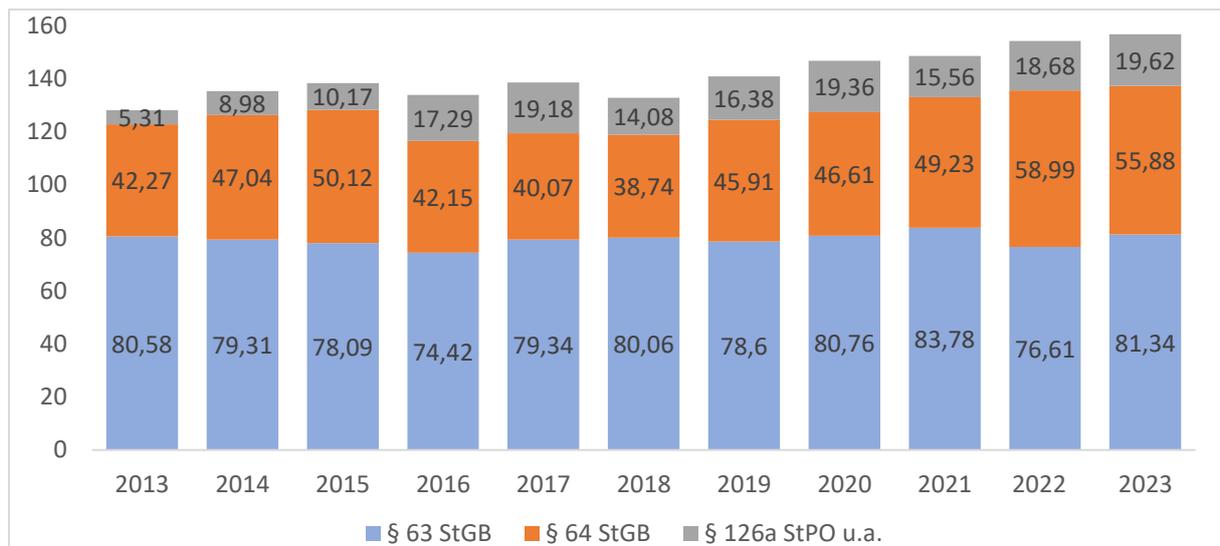


Abbildung 5: Durchschnittliche Belegung im Bremer Maßregelvollzug nach Rechtstiteln³³

Bundesweit hat sich der Anteil an Untergebrachten mit einem Betäubungsmitteldelikt zwischen 1995 und 2021 mehr als verdreifacht (von 9,2 auf 33,2 %)³⁴. Bemerkenswert ist dabei die Entwicklung des Anteils der voll Schuldfähigen. Anordnungen nach § 64 StGB sind nicht von einer Schuldunfähigkeit oder verminderter Schuldfähigkeit abhängig. Während bundesweit der Anteil der voll Schuldfähigen im Jahr 1995 noch bei 20 % lag, betrug er 2017 mit 63 % das Dreifache. Für das Jahr 2019 weist die Strafverfolgungsstatistik des Statistischen Bundesamtes sogar einen Anteil von 71,7 % voll Schuldfähigen aus.³⁵

Ein Grund für die Zunahme der Anordnungen nach § 64 StGB könnte darin liegen, dass infolge der bundesrechtlichen Regelungen zunehmend Patient:innen im Maßregelvollzug untergebracht wurden, bei denen

- keine eindeutige Suchterkrankung vorlag,
- die Möglichkeit einer Aussetzung der Maßregel zum Halbstrafenzeitpunkt im Vergleich zum Zweidrittelstrafenzeitpunkt im Strafvollzug einen Fehlanreiz zur Unterbringung im Maßregelvollzug darstellte und bei denen
- die Bedingung einer „hinreichend konkreten Aussicht“ für eine Heilung oder Rückfallvermeidung zum Teil sehr weit ausgelegt wurde. Dadurch wurden auch Unterbringungen im Maßregelvollzug für Menschen angeordnet, die wenig Bereitschaft zu einer therapeutischen Behandlung zeigten. Dies bedeutet dann nicht nur eine Fehlbelegung der knappen Plätze, sondern wirkt sich auch negativ auf die übrigen Patient:innen aus.

³³ Die Summen der Belegung nach drei Rechtstiteln liegen etwas unter der durchschnittlichen Belegung insgesamt. Dies liegt daran, dass ein kleiner Teil mit anderen Rechtstiteln ebenfalls im Maßregelvollzug untergebracht ist, z.B. § 453c StPO (Vorläufige Maßnahmen vor Widerruf der Aussetzung), § 81 StPO (Unterbringung des Beschuldigten zur Vorbereitung eines Gutachtens)

³⁴ Bund-Länder AG (2022). Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung des Novellierungsbedarfs im Recht der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches (StGB); im Internet: https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachinformationen/Bericht_Massregelvollzug.pdf?__blob=publicationFile&v=1 - beachte: die Daten beruhen auf Angaben zwischen 12 und 16 Ländern

³⁵ Bund-Länder AG (2022). Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung des Novellierungsbedarfs im Recht der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 des Strafgesetzbuches (StGB); im Internet: https://www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Fachinformationen/Bericht_Massregelvollzug.pdf?__blob=publicationFile&v=1 und eigene Berechnungen

Um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken, wurde mit dem „Gesetz zur Überarbeitung des Sanktionenrechts – Ersatzfreiheitsstrafe, Strafzumessung, Auflagen und Weisungen sowie Unterbringung in einer Entziehungsanstalt“ das Bundesrecht geändert. Die Anordnungsvoraussetzungen für § 64 StGB werden nun enger gefasst (z.B. stärkerer Zusammenhang zwischen Suchterkrankung und Straffälligkeit sowie das Vorliegen tatsächlicher Erfolgsaussichten einer Behandlung). Die Möglichkeit einer Aussetzung der Maßregel wurde an den Zweidrittelstrafenzeitpunkt im Strafvollzug angeglichen. Ob diese Maßnahmen tatsächlich die steigenden Anordnungszahlen abbremsen können, wird sich zeigen.

Auch die Anordnungen für die einstweiligen Unterbringungen nach § 126a StPO nehmen zu – bundesweit zwischen 2008 und 2021 um 74%.³⁶ Zu beachten ist hier insbesondere der Anteil derjenigen Anordnungen nach § 126a StPO, der nicht in eine Verteilung nach § 63 oder 64 StGB mündet.³⁷

Tabelle 6: Anzahl der Patienten mit Anordnung nach § 126a StPO in der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Bremen

Land Bremen	Aufnahmen nach 126a StPO	Davon: Verurteilungen nach § 63 oder 64 StGB	Anteil Verurteilungen nach § 63 oder 64 StGB in %
2010-2015	92	61	66,3
2016-2021	160	90	56,3

Dies kann zum einen daran liegen, dass bereits bei Beginn die Bedingungen für eine forensische Unterbringung nicht erfüllt waren oder sich der bzw. die Patient:in während der einstweiligen Unterbringung so weit entwickelt hat, dass von ihm oder ihr keine Gefahr mehr ausgeht.

Die Folgen des Belegungsdrucks sind erheblich: In der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie werden zeitweise Kriseninterventionsräume als reguläre Patientenzimmer genutzt. Im Falle von akuten Krisen stehen diese Räume dann nicht mehr zur Verfügung, was sich wiederum negativ auf das Stationsklima auswirkt. Ein strukturierter Behandlungspfad von Aufnahmestation hin zu Therapiestationen ist immer seltener möglich.

Des Weiteren ist nach einem entsprechenden Gerichtsbeschluss eine zeitnahe Unterbringung in der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie kaum möglich. Es kommt mittlerweile häufig vor, dass Menschen auf einen Platz in der Klinik warten müssen - zum Teil mehr als ein Jahr. Menschen mit einem gerichtlichen Beschluss müssen die Wartezeit häufig in sog. Organisationshaft in der Justizvollzugsanstalt verbringen. Da der Verbleib in der Organisationshaft nicht unbegrenzt zulässig ist, droht immer wieder, dass Personen, die von Gerichten als gefährlich und behandlungsbedürftig beurteilt wurden, aufgrund unzulässig langer Dauer der Organisationshaft unbehandelt entlassen werden müssten. Dies muss im Sinne der Sicherheit für die Bevölkerung, aber auch der behandlungsbedürftigen Betroffenen vermieden werden.

³⁶ Daten aus dem Kerndatensatz Maßregelvollzug ceus consulting GmbH Auswertung 2021

³⁷ Auch wenn die nachfolgenden Zahlen eine gewisse Unschärfe bezogen auf solche Fälle aufweisen, die über den Jahreswechsel untergebracht sind, zeigen sie, dass bei einem erheblichen Teil keine weitere Unterbringung im Maßregelvollzug angeordnet wird.

6.4 Ziele, Lösungsansätze und Planungen

Vorrangiges Ziel ist es, Rahmenbedingungen im Versorgungssystem zu schaffen, damit möglichst wenig Menschen im Maßregelvollzug untergebracht werden müssen. Maßregelvollzug bedeutet für die Betroffenen erhebliche Eingriffe in die Selbstbestimmung und auch nach der Entlassung ist ein Aufenthalt in der Forensik häufig mit einem großen Stigma verbunden.

Im Falle einer Unterbringung sollte diese so gestaltet werden, dass die Patient:innen von der Behandlung dort profitieren und sich dahingehend weiterentwickeln können, dass die Unterbringungsdauer möglichst kurz ist. Dies kann nur gelingen, wenn ausreichend und entsprechend qualifiziertes Personal vorhanden ist und die räumlichen Bedingungen adäquat gestaltet sind.

Bei den Übergängen vom geschlossenen zum offenen Maßregelvollzug über die Phase der Führungsaufsicht bis hin in die Freiheit sollen die Patient:innen gut begleitet werden. Das funktioniert nur, wenn die verschiedenen Akteur:innen (und Finanzierungssysteme) an den Schnittstellen gut miteinander kooperieren.

Und schließlich: Es gibt Patient:innen, bei denen die Therapien und Lockerungsversuche auch nach vielen Versuchen nicht erfolgreich waren und bei denen auch nach Jahren noch eine Gefährdung der Bevölkerung zu befürchten ist. Sie benötigen eine strukturierte und gesicherte Umgebung, die eher auf langfristiges Wohnen statt Kliniksetting ausgerichtet ist.

Aktuell stehen der Belegungsdruck und der Personalmangel im Vordergrund. Hier müssen möglichst kurzfristig Maßnahmen greifen. Darüber hinaus ist aber auch eine längerfristige Weiterentwicklung des Maßregelvollzugs angezeigt – mit dem Ziel, dass der Maßregelvollzug ein Teil der Gemeindepsychiatrie wird.

6.4.1 Dem Belegungsdruck entgegensteuern

Da Unterbringungen und Entlassungen aufgrund gerichtlicher Entscheidungen beruhen, ist eine Steuerung der aufzunehmenden und zu entlassenden Patienten durch die Klinik nicht möglich. Dem Belegungsdruck, der insbesondere im hochgesicherten Bereich besteht, muss durch andere Maßnahmen entgegengesteuert werden.

In einem ersten Schritt wurde geschaut, ob mehr Patient:innen in den bestehenden Räumlichkeiten untergebracht werden könnten. Eine Vor-Ort-Begehung bestätigte die Einschätzung der Klinik: Die Zimmer sind für eine Unterbringung mit zwei Personen zu klein; darüber hinaus sind die auf dem Flur liegenden Sanitäreinrichtungen (2-3 Gemeinschaftstoiletten und Duschen) für eine höhere Patientenzahl nicht ausreichend.

Die Unterbringung von Bremer Patient:innen in anderen Ländern ist lediglich in Einzelfällen möglich, da bundesweit Engpässe in den Kliniken zu verzeichnen sind. Damit kann die aktuelle Lage nicht substantiell verbessert werden.

Außerdem haben das Gesundheits- und das Justizressort gemeinsam mit der Klinik geprüft, inwieweit Patient:innen mit Unterbringung nach § 64 StGB, die nicht (mehr) die Unterbringungsbedingungen erfüllen, weil sie z.B. mit Drogen dealen oder verdeckt konsumieren, zügiger in die Justizvollzugsanstalt überführt werden könnten („Erledigung der Maßregel“). Aber auch dies schafft noch keine wirksame Entlastung.

In der Gesamtschau verblieb dann als einzig umfangreich wirksame Maßnahme die Schaffung von mehr Plätzen im Bremer Maßregelvollzug. Diese Lösung wurde auch im Koalitionsvertrag g für die 21. Wahlperiode der Bremischen Bürgerschaft verankert.³⁸

Auf Bitte der Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz hat die Gesundheit Nord gGmbH – Klinikverbund Bremen ein Konzept vorgelegt.

Zur Vorlage des Psychiatrie- und Suchthilfeplans ist Stand, dass 28 neue Plätze geschaffen werden sollen. Hierfür soll ein Anbau an das bestehende Hauptgebäude der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie errichtet werden. Auf drei Etagen sollen neue Stationen entstehen. Damit soll gewährleistet werden, dass auch bei stärkerem Belegungsdruck Patient:innen nicht mehr in Kriseninterventionsräumen untergebracht werden. Außerdem sollen auch Patient:innen aus dem Altgebäude in den Anbau umziehen – mit dem Ziel, dass die Patient:innen dann über eigene Nasszellen – statt Duschen und Toiletten auf dem Stationsflur - verfügen. Vor dem Hintergrund der im Vergleich zu anderen Krankenhäusern deutlich längeren Verweildauern (bei Gerichtsbeschlüssen nach § 63 StGB gibt es keine zeitlich begrenzte Höchstdauer für die Unterbringung, so dass Patient:innen häufig mehrere Jahre in der Maßregelvollzugseinrichtung verbringen) sollen damit bessere Unterbringungsbedingungen geschaffen werden. Die nicht mehr zeitgemäßen Patient:innenzimmer im Altbau werden in dringend erforderliche Büroräume umgebaut.

Aufgabe 28: Erweiterung der Plätze im Maßregelvollzug umsetzen.

6.4.2 Prävention stärken – Forensische Unterbringungen vermeiden

Selbst wenn alle Rahmenbedingungen im Maßregelvollzug optimal gestaltet wären, bleibt das Ziel, möglichst wenig Menschen im Maßregelvollzug unterzubringen. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Psychiatriereform hat sich daher eine Steuerungsgruppe explizit mit der Prävention forensischer Unterbringungen beschäftigt. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist die Beobachtung, dass viele der Maßregelvollzugspatient:innen zuvor Kontakt zur Allgemeinpsychiatrie hatten. Möglicherweise könnte durch eine rechtzeitige Intervention zumindest bei einem Teil der psychisch oder suchtkranken Menschen vermieden werden, dass sie Straftaten begehen. Dies betrifft insbesondere Menschen, die während einer akuten seelischen Krise aufgrund von fremdgefährdendem Verhalten im allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystem behandelt werden. Es wäre sinnvoll, diese Menschen frühzeitig im Versorgungssystem zu identifizieren und sie im Nachgang ihrer akuten Krise intensiv und nachgehend weiter zu begleiten. Damit besteht die Chance, sowohl die Patient:innen selbst davor zu bewahren, Straftaten zu begehen, als auch potentielle Dritte vor Übergriffen zu schützen. Hierfür gilt es, mit den beteiligten Akteur:innen unter Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen geeignete Instrumente zu eruieren, ggf. weiterzuentwickeln und klar strukturierte Prozesse festzulegen.

Ein Ansatz besteht auch darin, forensische Expertise in die Gemeindepsychiatrischen Verbände zu bringen und HUBIKos zu nutzen, um frühzeitig Interventionen zu planen.

In diesem Zusammenhang ist es auch sinnvoll, die Einrichtung einer Präventionsstelle zu prüfen, wie es sie z. B. in Mittelfranken oder München gibt. Zielgruppe dieser Stellen sind Menschen, die in ihrer psychiatrischen Krankheitsgeschichte ein Risiko für gewalttätiges Verhalten gezeigt haben. Mit den

³⁸ Koalitionsvertrag für die 21. Wahlperiode der Bremischen Bürgerschaft, im Internet: <https://www.transparenz.bremen.de/koalitionsvertrag-fuer-die-21-wahlperiode-der-bremischen-buergerschaft-193098?asl=bremen02.c.732.de>

Angeboten dieser Stellen sollen die Menschen davor bewahrt werden, Straftaten zu begehen, die eine längere Behandlung im Maßregelvollzug zur Folge hätten. Daher ist Gewaltprävention ein wichtiger Teil der Angebote. Außerdem können sich niedergelassene Ärzt:innen, Psychiater:innen und Psychotherapeut:innen, aber auch Angehörige dort beraten lassen.

Aufgabe 29: Patient:innen mit Gefährdungspotential für eine forensische Unterbringung frühzeitig begleiten.

6.4.3 Genesungsbegleiter:innen in der Forensik etablieren

Während in der Allgemeinpsychiatrie immer häufiger Genesungsbegleiter:innen tätig sind und aus ihrer Perspektive Recovery- und Empowerment-Konzepte umsetzen und Patient:innen damit unterstützen, ist diese Entwicklung im Maßregelvollzug noch nicht so weit vorangeschritten. Es ist ein großes Anliegen der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, dass Genesungsbegleiter:innen in der Klinik arbeiten – jedoch scheint die Hemmschwelle, in der Forensik tätig zu werden, höher zu sein als in der Allgemeinpsychiatrie. Hier gilt es weiter zu schauen, welche Rahmenbedingungen für Genesungsbegleiter:innen wichtig wären, um sich die Arbeit im Maßregelvollzug zuzutrauen.

6.4.4 Bedingungen für langzeituntergebrachte Menschen verbessern

Grundsätzlich ist das Ziel, Menschen so kurz wie möglich im Maßregelvollzug unterzubringen – sie dort so weit zu behandeln und zu unterstützen, bis sie ein straffreies und selbstbestimmtes Leben führen können. Es gibt jedoch Patient:innen, bei denen die Therapien und Lockerungsversuche auch nach vielen Versuchen nicht erfolgreich waren und bei denen auch nach Jahren noch eine Gefährdung der Bevölkerung zu befürchten ist. Da hier weniger ein Bedarf an Therapie, sondern vor allem an geschütztem Wohnen und Tagesstruktur besteht, sind sie im klinischen Setting des Maßregelvollzugs nicht richtig aufgehoben. Ihre Maßregel wird teilweise nur deshalb nicht zur Bewährung ausgesetzt, weil es keine entsprechende Unterbringungsmöglichkeit im Anschluss an den Maßregelvollzug gibt. Damit belegen sie Plätze im Maßregelvollzug, die dringend gebraucht werden. Sinnvoll wäre es, für diese Patient:innengruppe eine geschützte Einrichtung zu schaffen – ausdrücklich kein Ort der Verwahrung – sondern ein Platz zum Wohnen und Leben mit mehr Gestaltungsmöglichkeiten als im Kliniksetting. Im Unterschied zur stark strukturierten Einrichtung, die eher auf temporäres Wohnen angelegt ist, sollte dies eine für längere Aufenthaltsdauern angelegte Einrichtung sein.

Aufgabe 30: Alternativen für langzeituntergebrachte Menschen außerhalb des Maßregelvollzugs schaffen.

6.5 Exkurs: Versorgung von akut psychisch erkrankten Strafgefangenen

In den Justizvollzugsanstalten gibt es – ebenso wie in der Allgemeinbevölkerung - Menschen mit psychischen Erkrankungen. Mittlerweile stellt die steigende Zahl psychisch kranker Strafgefangener für den Justizvollzug und die Justizvollzugsanstalt in Bremen eine große Herausforderung dar.

In der Justizvollzugsanstalt Bremen gibt es etwa 30-40 Gefangene, die einer psychiatrischen Versorgung bedürfen. Das Spektrum reicht von Psychosen, schizotypen und wahnhaften Störungen, organischen symptomatischen Störungen wie dementielles Syndrom über Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen bis hin zu Persönlichkeitsstörungen.

Die ambulante Versorgung dieser Menschen erfolgt vor Ort durch einen konsiliarisch tätigen Psychiater der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie, eine durch die Klinik auf Honorarbasis angestellte, zusätzliche Psychiaterin und den in der Anstalt tätigen ärztlichen und psychologischen Dienst. So hält die Anstalt ein Angebot psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlungsangebote vor. Die ambulante Versorgung kann die Justizvollzugsanstalt Bremen gut gewährleisten. Ein Mangel besteht jetzt und in Zukunft für Patient:innen, die einer stationären fachpsychiatrischen Behandlung bedürfen und die mit den Mitteln des Strafvollzuges nicht akut behandelt werden können. In der Vergangenheit war es möglich, diese Menschen in der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie stationär zu behandeln. Dies ist angesichts des hohen Belegungsdrucks der Klinik (siehe Kapitel 6.2.1) so gut wie nicht mehr möglich.

Um diese Patientengruppe in Zukunft besser versorgen zu können, ist vorgesehen, im Rahmen der geplanten Baumaßnahmen in der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie eine kleine Einheit von zwei bis drei Betten – getrennt von der übrigen Station zu schaffen. Eine solche Trennung ist erforderlich, da Justizvollzug und Maßregelvollzug zwei völlig getrennte Rechtsregime sind und die Klinik lediglich für Aufgaben des Maßregelvollzugs mit öffentlichen Rechten beliehen wurde. Es bedarf daher neben den baulichen Maßnahmen noch Vereinbarungen hinsichtlich der Sicherung (vorgesehen durch Mitarbeitende der Justizvollzugsanstalt – sofern Sicherungsmaßnahmen erforderlich sind) und der Behandlung (vorgesehen durch Beschäftigte der Klinik).

Aufgabe 31: Versorgung von psychiatrisch erkrankten Straftäter:innen aus der Justizvollzugsanstalt verbessern.

7 Transkulturelle Zugänglichkeit der psychiatrischen Versorgung

Grundsätzlich stehen alle Angebote der Gemeindepsychiatrischen Verbände allen Menschen mit Behandlungs- und Assistenzbedarf offen, da sich die Versorgungsverpflichtung auf alle Menschen bezieht, die in der Region leben. In der Praxis gibt es jedoch Einschränkungen bei manchen Leistungsangeboten. Diese Einschränkungen entstehen vor allem dadurch, dass manche Leistungen von einem bestimmten Aufenthaltsstatus abhängig sind. So haben Menschen mit einer Duldung keinen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB IX). Leistungen wie das Betreute Wohnen oder besondere Wohnformen können trotzdem als Hilfen im Einzelfall gewährt werden, sie werden dann als analoge Leistungen aus dem Asylbewerberleistungsgesetz finanziert. Menschen ohne Aufenthaltstitel haben zudem keinen Anspruch auf psychotherapeutische Langzeittherapien, Kurzzeittherapien können aber in Anspruch genommen werden.

Das sozialpsychiatrische Versorgungssystem in den Bereichen Akutversorgung (Klinik und BravO) und sozialpsychiatrische Behandlungszentren ist immer wieder mit der Schwierigkeit konfrontiert, dass die Notfall- und Basisversorgung für alle Menschen unabhängig vom Aufenthaltsstatus und damit vom Leistungsanspruch geleistet wird. Eine sozialpsychiatrische Hilfestellung für Menschen, die aber aus allen sonstigen sozialen Bezügen in Bremen gefallen sind bzw. niemals Anspruch auf Leistungen hier hatten bzw. haben, kommt regelmäßig an ihre Grenzen, denn Hilfen für schwer psychisch erkrankte Menschen können immer nur im Zusammenspiel mit anderen Hilfen im Sozialraum wirksam werden. Ohne dieses Zusammenspiel mit anderen sozialen Angeboten drohen immer wiederkehrende Krankenhausaufenthalte ohne Anschlussversorgung und damit eine Chronifizierung von psychischen Erkrankungen.

Viele Menschen, die geflüchtet sind und in Bremen ankommen, leiden durch Erlebnisse im Heimatland und/oder schreckliche Erfahrungen auf der Flucht an Traumafolge-Erkrankungen. Ebenso leiden Menschen unter traumaunabhängigen psychischen Erkrankungen. Eine schnelle Hilfestellung für die Menschen mit psychischen Belastungen scheitert aber an vielen Faktoren. Vor allem die zumeist sehr unsichere Ankommenssituation, unklare Bleibeperspektiven, langwierige und für die Betroffenen häufig schwer zu durchschauende behördliche und bürokratische Verfahren fordern zunächst alle Kräfte und Konzentration der Betroffenen. Die Menschen bleiben notgedrungen auch noch lange nach ihrer Ankunft im funktionellen Flucht-Modus, in dem psychische Belastungen und Verletzlichkeiten zugunsten einer Bewältigung des unsicheren Alltags verdrängt bleiben. Psychische Belastungsreaktionen treten häufig erst auf, wenn sich der soziale Status gefestigt hat.

Gleichwohl ist der Anteil an Menschen, die in den Übergangwohnheimen schwere psychische Belastungsreaktionen zeigen, in den letzten Jahren spürbar gestiegen. Eine Behandlung ist dann häufig nur als Akut-Aufnahme in der Klinik möglich. Die Installation weitergehender Hilfen aus der Eingliederungshilfe sind mangels Leistungsanspruch kaum zu realisieren. Durch die unsichere soziale Situation und fehlende Perspektiven in Bremen ist zudem die Anbindung an langfristige therapeutische Hilfen schwierig. Vor allem fehlt es an einem Hilfsangebot mit geeignetem Fachpersonal, das geflüchtete Menschen mit einer psychischen Erkrankung niedrigschwellig und längerfristig begleiten kann.

Eine erste Anlaufstelle für Geflüchtete mit psychischen Schwierigkeiten stellen die Sozialpsychiatrischen Behandlungszentren dar. Die personellen Kapazitäten sind hier aber nicht im gleichen Maß gewachsen wie die Zahl der Menschen, die jährlich neu nach Bremen kommen. Eine Anpassung der Behandlungskapazitäten unter dem Gesichtspunkt steigender Ankommenszahlen in

Bremen wird aus Fachkreisen, wie z.B. von dem Runden Tisch für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung Geflüchteter gefordert.

Modellprojekte in den Behandlungszentren

Im Behandlungszentrum Bremen-Nord ist durch die räumliche Nähe zur Landeserstaufnahme-Einrichtung in der Lindenstraße ein besonders hoher Bedarf an Beratung für Geflüchtete mit psychischen Problemlagen. SGFV finanziert aus diesem Grund seit einigen Jahren ein Modellprojekt, mit dem ein Psychologe mit einer halben Stelle ausschließlich für die Beratung dieses Personenkreises zur Verfügung steht. Hier werden zielgruppenspezifische Angebote gemacht, bei Bedarf wird in die sozialpsychiatrische Behandlung des Behandlungszentrums (BHZ) Nord weitervermittelt. Eine Ausweitung des Projektes in ein weiteres Behandlungszentrum in räumlicher Nähe zu weiteren Erstaufnahmeeinrichtungen in der Region Bremen Süd hat Ende des Jahres 2023 begonnen.

Sprache als Brücke und Barriere

Eine weitere Schwierigkeit in der Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfen entsteht durch Sprachbarrieren und der fehlenden Finanzierung von Sprachmittlung für die Behandlung.

Bei der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung stellen die Sprache, aber auch das kulturelle Verständnis der Beteiligten einen sehr wichtigen Faktor dar. Sprachmittlung im Bereich von Psychiatrie und Psychotherapie unterscheidet sich daher von anderen Übersetzungssituationen und erfordert spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten. Mangelnde sprachliche Verständigung führt häufig zu Fehldiagnosen und fehlgeleiteten Behandlungen. Sprachbarrieren führen häufig dazu, dass kranke Menschen zu spät Behandlungen aufsuchen und Symptome chronisch werden. Unter diesen Voraussetzungen ist die Integration entsprechend hilfebedürftiger oder erkrankter Personen nicht immer möglich. Bremen setzt sich daher auf Bundesebene dafür ein, dass regelhaft Mittel für Sprachmittlung im Gesundheitsbereich zur Verfügung gestellt werden.

Projekt Sprachmittlung im Bereich niedergelassene Psychiatrie und Psychotherapie

Mit einem Modellprojekt im Rahmen der Bremer Psychiatriereform ist seit 2019 ein qualifizierter Sprachmittlungspool aufgebaut worden, auf den niedergelassene Psychiater:innen, Kinder- und Jugendlichenpsychiater:innen, ärztliche und psychologische Psychotherapeut:innen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen zurückgreifen können. Die Vermittlung erfolgt über Refugio Bremen (<https://www.refugio-bremen.de/sprachmittlung/>). Damit soll eine verbesserte Teilhabe bzw. Zugang zum Gesundheitssystem und eine ambulante Versorgung in Psychiatrie und Psychotherapie in der „Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV) oder Privatpraxis ermöglicht werden. Wesentliche Bestandteile des Projekts sind außerdem curriculare Fortbildungen sowie ein regelmäßiges Supervisionsangebot für Sprachmittelnde und Fortbildungsveranstaltungen für Psychiater:innen und Psychotherapeut:innen. Mit dieser Modellförderung wird dem dringenden aktuellen Bedarf an Sprachmittlung Rechnung getragen.

Für eine nachhaltige Finanzierung von Sprachmittlung im Bereich der Gesundheitsversorgung müssen aber Lösungen gefunden werden, die über kurzzeitige Modellförderungen hinausgehen. Bremen unterstützt aus diesem Grund das Vorhaben der aktuellen Bundesregierung, mit der das SGB V reformiert werden soll. Mit dieser Reform soll Sprachmittlung als Leistung im Gesundheitssystem verankert werden.

Der Senat hat beschlossen, dass im Jahr 2024 eine ressortübergreifende Lösung für flächendeckende videogestützte Sprachmittlung eingeführt werden soll. Es ist sehr zu begrüßen, wenn der Bereich der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung auch aus dem SGB V-finanzierten Bereich auf diese Leistungen zugreifen kann. Die genauen Zugangsbedingungen für berechnigte Einrichtungen befinden sich aber zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Berichtes noch in der Klärung.

Die Zugänglichkeit des Versorgungssystems für alle Menschen in der Stadt in Bezug auf Transkulturalität muss aber auch unabhängig vom Voranstehenden immer wieder kritisch hinterfragt und weiterentwickelt werden. Die kulturelle und sprachliche Diversität der Bevölkerung sollte sich unter den Mitarbeitenden der Dienste möglichst gut abgebildet finden. Der Umgang mit verschiedenen Ideen von Krankheits- und Gesundheitsverständnis und die „Übersetzung“ psychiatrischer Behandlungsmodelle in die individuellen Vorstellungswelten der Klient:innen ist idealerweise in jedem Fall Grundlage einer psychiatrischen Begegnung. Die gemeinsame Aushandlung von Behandlungswegen, Hilfestellungen und Zielen ist auch unter transkulturellen Gesichtspunkten eine wesentliche Grundlage für gelingende Angebote.

Aufgabe 32: Die senatorischen Behörden für Soziales und Gesundheit entwickeln Orientierungshilfen für die Gewährung von Hilfen aus dem Bereich der Eingliederungshilfe im Einzelfall als Analogleistung.

Tabelle 7: Arbeitspakete

Arbeitspaket	Inhalt	Maßnahmen	Ziel	Von-bis	Verantwortung / Beteiligung
1. Gremien	Die Struktur für ein erneuertes Gremiensystem für das Land Bremen muss abgestimmt und implementiert werden.	Fortführung der Planung in der Steuerungsgruppe 3	Ressourcensparende, alle Stakeholder einbeziehende, effektive Austausch- und Steuerungsstrukturen	01/2024 – 12/2024	Gesundheitsamt (FF) SGFV, GPV, Projektlenkungsgruppe
2. GPV	Das Format der HUBIKo und der Verbündekonferenz muss überarbeitet werden.	Fortführung der Planung in der Steuerungsgruppe 3	Ergebnisorientierte Kooperations- und Steuerungsstrukturen	01/2024 – 06/2024	Gesundheitsamt (FF) SGFV, GPV, Projektlenkungsgruppe
3. BravO	Erweiterung der BravO Angebote auf die Bremer Regionen Nord und West	Umsetzung des SGB V §64b Vertrages	Hometreatmentangebot in allen fünf Bremer Regionen	06/2024 – 12/2025	GeNo (FF) Kassen, SGFV
4. Transformationsstrategie II	Entwicklung von Transformationsstrategien für das Ameos Klinikum Bremen und das KBR	Kooperations- und Planungsgespräche Krankenhausplanung	Regionalisierung der Drogenhilfebehandlung Hometreatment in Bremerhaven	09/2024-12/2025	SGFV Ameos Klinikum Bremen

Aufgabe	Inhalt	Maßnahmen	Ziel	Von-bis	Verantwortung / Beteiligung
5. Eingliederungshilfebudget	Etablierung eines Eingliederungshilfebudgets in zunächst einer Stadtregion Bremens.	Weiterentwicklung eines Sozialraumorientierten EGH-Konzeptes Entwicklung von Steuerungs- und Controllinginstrumenten	Flexibilisierung der EGH-Angebote, Ausbau der Zusammenarbeit von EGH und SGB V-Angeboten auf Basis von Budgets	01/2024 – 12/2025	SASJI (FF) SGFV,EGH-Leistungserbringer
6. Krisendienst Bremerhaven	Ausbau des Krisendienstes in Bremerhaven.	Entwicklung eines erweiterten Krisendienstkonzeptes und Umsetzung	Höhere Erreichbarkeit des Krisendienstes Bremerhaven	09/2024 – 06/2026	GA BHV (FF) Magistrat BHV, PSAK, SGFV
7. Krisendienst Bremen	Aufbau eines integrierten Krisendienstes in Bremen.	Prüfung einer kosten-trägerübergreifenden Finanzierung, Klärung der Trägerschaft, Schaffung eines Personalpools	Integrierte, effektive, flächendeckende Krisenintervention für Bremer Bürger:innen in psychischen Krisen	01/2024 – 12/2025	SGFV (FF) Kassen, GeNo, EGH-Leistungserbringer:innen
8. Stark strukturierte Einrichtung	Die Schaffung einer stark strukturierten Einrichtung für das Land Bremen.	Haushaltsverhandlungen (Um-)Bau und Besetzung	Keine Unterbringung von Bremer Bürger:innen außerhalb Bremens aufgrund mangelnder Angebote in der Eingliederungshilfe	01/2024 – 06/2024 08/2024 – 06/2025	SGFV (FF) SASJI, SF, Leistungserbringerverbund (FF) SGFV, SASJI

Aufgabe	Inhalt	Maßnahmen	Ziel	Von-bis	Verantwortung / Beteiligung
9. Menschen in Wohnungslosigkeit	Erweiterung der Angebote für psychisch kranke, wohnungslose Menschen.	Kooperation Wohnungslosenhilfe, Eingliederungshilfe, SpsD und GeNo verbessern, Konzipierung und Implementierung neuer integrierter Angebote	Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen ohne Wohnung Vermeidung von Wohnungslosigkeit	01/2024 – 06/2026	SGFV (FF) SASJI, GA Bremen, GeNo, Verein für Innere Mission, EGH-Leistungserbringer:innen
10. Eingliederungshilfe	Stärkung der GPV und Flexibilisierung der Eingliederungshilfeangebote.	Klärung und Verbesserung der Schnittstellen der GPV-Akteure	Keine Versorgungslücken zwischen Behandlungsende und EGH-Maßnahmen Ambulante, flexible Versorgung von Menschen mit komplexen Hilfebedarfen	04/2024 – 06/2026	SGFV /GAHB GPV
11. Gerontopsychiatrie: Kooperation	Stärkung der Kooperation der Versorgungsbereiche Eingliederungshilfe / SGB IX und SGB XI.	Etablierung eines Fachgremiums, in dem die Versorgungsbereiche Gerontopsychiatrie und Altenhilfe zusammenarbeiten	Verbesserung der Versorgung psychisch kranker älterer Menschen	06/2024-12/2026	SGFV, GA HB, Leistungserbringer aus der EGH (SGB IX), Multiplikator:innen für den Bereich der Altenhilfe und Pflege (SGB XI)

Aufgabe	Inhalt	Maßnahmen	Ziel	Von-bis	Verantwortung / Beteiligung
12. Kooperation Jobcenter	Kooperation mit dem Jobcenter zur Verbesserung der Angebote für Menschen mit psychischer Erkrankung.	Problembeschreibung, Fachaustausch unter Einbeziehung relevanter Akteure (Gesundheit, Soziales, Arbeit, Jobcenter) thematische Aufnahme als fachliches Teilprojekt (Projektmanagement)	Aufbau von verbindlichen Kooperationsstrukturen zwischen den Kostenträgern. Entwicklung bedarfsgerechter sektorübergreifender Beschäftigungsangebote für Menschen mit Bürgergeld Bezug und seelischer Behinderung (oder von Behinderung bedroht)	02/2024 - 01/2027	Gesundheitsamt Bremen (FF) SGFV, Jobcenter, SAJI, LAG, Nutzer:innenvertretung
13. Junge Volljährige	Individuelle SPV-Vereinbarungsmöglichkeit für junge Volljährige schaffen.	Gespräche mit den Kostenträgern	Verbesserung der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten für junge Volljährige	06/2024 – 01/2025	SGFV (FF) SPV-Praxen, Krankenkassen, KVHB
14. Clearingverfahren	Implementierung eines gemeinsamen Pilotprojektes in Form eines koordinierten Clearingverfahrens mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe .	Planung, Konzeptionierung eines Pilotprojektes „Koordiniertes Clearingverfahren“	Erprobung der direkten Zusammenarbeit und gemeinsamer Verantwortungsübernahme von Teams aus Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie	06/2024 - fortlaufend	SGFV/SASJI (FF) Leistungserbringer der Jugendhilfe, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Aufgabe	Inhalt	Maßnahmen	Ziel	Von-bis	Verantwortung / Beteiligung
15. KIJU	Festigung und Ausbau der sozialraumbezogenen Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie.	Fortlaufende Evaluation der Refaps Kontinuierlicher Austausch mit SKB und SASJI	Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den sozialraumbezogenen Lebensfeldern	Fortlaufend	SGFV, Gesundheitsämter, AKB, SASJI
16. KIJU	Entwicklung zusätzlicher Versorgungsangebote im Bereich ambulant aufsuchender Angebote und Frühintervention.	Konzeptentwicklung und Implementierung zusätzlicher Angebote	Stärkung der Frühintervention bei psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	03/2024 – 03/2026	SGFV, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am KBO, Arche Klinik in Bremerhaven, Kostenträger
17. KIJU	Bedarfsanalyse und Entwicklung einer Versorgungsskizze für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Bremerhaven.	Workshops mit Akteuren aus Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe - Planungsskizze von SGFV zum Ausbau von Angeboten - Gespräche mit Kostenträgern	Schaffung neuer Angebote	05/2024 – 03/2026	SGFV, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am KBO, Arche Klinik in Bremerhaven, Kostenträger, Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitsamt Bremerhaven
18. Suchthilfe Niedrigschwellige Drogenhilfe	Zusammenführung des Kontakt- und Beratungszentrums mit den Drogenkonsum-Containern zum „integrierten Drogenkonsumraum“.	Zusammenführung des Kontakt- und Beratungszentrums mit den Drogenkonsum-Containern zum „integrierten Drogenkonsumraum	Sicherstellung von niedrigschwelliger Grundversorgung, Beratung, Überlebenssicherung, medizinischen Hilfen inclusive Substitution in einer Einrichtung mit hoher Aufenthaltsqualität.	01/2025 - 06/2026	SGFV, GAB (FF) Leistungserbringer:innen

Aufgabe	Inhalt	Maßnahmen	Ziel	Von-bis	Verantwortung / Beteiligung
19. Suchthilfe Niedrig- schwellige Drogenhilfe	Fortführung und Ausbau des Projekts Ruhe- und Regenerations-Ort RegO für Crack-Konsumierende in neuen Räumlichkeiten während der Baumaßnahmen zum integrierten Drogenkonsumraum.	Umsiedlung in neue Räumlichkeiten während des Umbaus der neuen DKR-Immobilie und Nachtöffnung	Anbindung und bedarfsgerechte Versorgung von Crack-Konsumierenden	02/2024 - 01/2025	SGFV, GAA, (FF) Leistungserbringer:innen
20. Suchthilfe Kommunale Sucht- beratung	Erstellung eines Konzepts Verbindung der Beratung von „legalen“ und „illegalen Suchtmitteln“.	Erstellung eines Konzepts zum Abbau der Trennung der Beratungsinhalte	Bedarfsgerechte Anpassung der Beratungslandschaft an die vorherrschenden Konsummuster in der Bevölkerung	05/2024 - 05/2025	SGFV, GAB (FF)
21. Suchthilfe Digitali- sierung	Ausbau der digitalen Suchtberatung im Bundesland Bremen.	Einbezug von weiteren Beratungsstellen und Weiterentwicklung der Konzepte zur digitalen Beratung	Abbau von Zugangsbarrieren und Erreichung eines größeren Personenkreises. Mehr Beratungsstellen mit digitalem Angebot. Ausbau der Fallzahlen	01/2024 - 01/2026	SGFV (FF) GAB, kommunale Leistungserbringer:innen

Aufgabe	Inhalt	Maßnahmen	Ziel	Von-bis	Verantwortung / Beteiligung
22. Suchthilfe Entzugs- behandlung Drogen- bereich	Abbau der Warteliste für die Entzugsbehandlung im AMEOS Klinikum.	Entwicklung eines Handlungskonzepts zum Abbau der Warteliste	Verringerung von Gesund- heitsschädigungen und Verbesserung der Zugangs- voraussetzungen in eine medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)	05/2024 - 05/2026	SGFV, AMEOS Klinikum , Krankenkassen,
23. Suchthilfe Entzugs- behandlung Alkohol- bereich	Wiederherstellung von 40 stationären suchtmedizinischen Behandlungsplätzen im KBO.	Wiederherstellung von 40 stationären Behandlungsplätzen gemäß Planung Psychiatriereform	Verringerung von Gesund- heitsschädigungen und Verbesserung der Zugangs- voraussetzungen in eine medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)	2024	SGFV, KBO, Krankenkassen
24. Suchthilfe Psychiatri- sche Hilfen	Finalisierung des suchtmedizinischen Konzepts im Rahmen der Bravo- Behandlung.	Finalisierung des suchtmedizinischen Konzepts im Rahmen der Bravo- Behandlung	Verringerung von Gesund- heitsschädigungen und bessere Versorgung von Menschen mit einem chro- nischen Alkohol-konsum ohne Abstinenzziel	2024	SGFV, KBO Krankenkassen
25. Suchthilfe Psychiatri- sche Hilfe	Ausbau der Zusammenarbeit der Institutsambulanz für Drogen- patient:innen mit Doppeldiagnose des AMEOS Klinikums mit den Drogenhilfe- angeboten.	Ausbau der Zusammenarbeit der Institutsambulanz für drogenabhängige Menschen mit Doppeldiagnose des mit den Drogenhilfeangeboten Aufbau regionaler Angebote	Verringerung von Gesundheitsschädigungen und bessere Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen	03/2024 - 01/2026	SGFV, AMEOS Klinikum (FF), GAB, Leistungserbringer:innen der Drogenhilfe

Aufgabe	Inhalt	Maßnahmen	Ziel	Von-bis	Verantwortung / Beteiligung
26. Suchthilfe Substitutionsbehandlung	Etablierung einer Diamorphinambulanz in der Stadt Bremen.	Etablierung einer Diamorphinambulanz in der Stadt Bremen	Verbesserung einer bedarfsgerechten Versorgung von opiatabhängigen Menschen	2024-2027	SGFV, AMEOS Polyklinikum
27. Suchthilfe Substitutionsbehandlung	Prüfung von Möglichkeiten zur medikamentengestützten Behandlung von Kokain- und Crack-abhängigen Menschen auf Bundes- und Landesebene	Möglichkeiten zur medikamentengestützten Behandlung von Kokain- und Crack-abhängigen Menschen auf Bundes- und Landesebene.	Bessere Erreichung und Versorgung von Crack- und Kokain konsumierenden Menschen	2024-	SGFV (FF) Klinika, Krankenkassen, Bundesgremien
28. Maßregelvollzug Kapazitäten	Erweiterung der Plätze im Maßregelvollzug umsetzen.	Bauliche Erweiterung Umbaumaßnahmen der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie	Bedarfsgerechte Vorhaltung von Plätzen; Deutliche Verkürzung der Organisationshaft	06/2024 - 06/2029	SGFV, GeNo (FF) SF, ggf. SASII
29. Maßregelvollzug Prävention	Patient:innen mit Gefährdungspotential für eine forensische Unterbringung frühzeitig begleiten.	Verfahren etablieren, um Risikopotentiale zu identifizieren und Prävention zu stärken	Forensische Unterbringungen vermeiden	06/2024 - 06/2026	SGFV (FF), Kliniken der Allgemeinpsychiatrie, GPVs,

Aufgabe	Inhalt	Maßnahmen	Ziel	Von-bis	Verantwortung / Beteiligung
30. Maßregelvollzug: Langzeitunterbringungen	Alternativen für langzeituntergebrachte Menschen außerhalb des Maßregelvollzugs schaffen.	Schaffung von geschützten, bedarfsgerechten Wohn- und Beschäftigungsmöglichkeiten für langzeituntergebrachte Personen	Verbesserung der Wohn- und Lebensbedingungen von langzeituntergebrachten Menschen mit Bedarf an geschützter Umgebung	2024-2030	SGFV, GeNo (FF) SF, ggf. SASJI, LAG
31. Psychisch kranke Straftäter:innen	Versorgung von psychiatrisch erkrankten Straftäter:innen aus der Justizvollzugsanstalt verbessern.	Schaffung von Behandlungsplätzen für akut psychisch kranke Strafgefangene in der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie	Verbesserung der Versorgung von akut psychiatrisch erkrankten Straftäter:innen	2024-2029	SGFV, GeNo (FF) SF; SJV, JVA, ggf. SASJI
32. Transkulturelle Zugänglichkeit der psychiatrischen Versorgung	Die senatorischen Behörden für Soziales und Gesundheit entwickeln Orientierungshilfen für die Gewährung von Hilfen aus dem Bereich der Eingliederungshilfe im Einzelfall als Analogleistung.	SGFV und SASJI entwickeln Orientierungshilfen für die Gewährung von Hilfen aus dem Bereich der Eingliederungshilfe im Einzelfall als Analogleistung.	Verbesserung der Hilfsangebote für geflüchtete Menschen mit einer psychischen Erkrankung	03/2024 – 03/2026	SGFV, SASJI

Abbildung 6: Zeitstrahl Arbeitspakete und Aufgaben



8 Anhang

8.1 Dokumente GPV und HUBIKo

Satzung der Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) in den Regionen des Landes Bremen

1. Ziel der GPV

Alle Menschen mit einer seelischen Erkrankung, die ihren Wohnsitz im Land Bremen haben, hatten oder diesen planen, sollen die von ihnen benötigte Behandlung und Unterstützung bedarfsgerecht erhalten. Die volle Teilhabe am Leben in der Gesellschaft soll sichergestellt werden. Zu diesem Ziel organisieren sich die entsprechenden Leistungserbringer, Ämter, Behörden und Organisationen sowie Vertreter:innen der Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen und der Sucht-Selbsthilfe in jeweils regional zuständigen Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV), die eine einheitliche Satzung haben.

Diese Satzung regelt die Arbeit der Gemeindepsychiatrischen Verbände in allen Regionen im Land Bremen. Zusätzlich können ergänzende Regelungen in den Regionen verabredet werden, die nicht zu einer Abweichung der einheitlichen Grundsätze entsprechend der Satzung führen.

2. Grundsätze

Aufgabe der GPV ist die Übernahme der Behandlungs- und Versorgungsverpflichtung für alle Menschen mit seelischer Erkrankung. Die Angebote in der jeweiligen Region werden entsprechend den in Nummer 1 formulierten Zielen weiterentwickelt.

Zur Erreichung der oben genannten Ziele orientieren sich die GPV in ihrer Arbeit an den sozialpsychiatrischen Grundsätzen der Regionalisierung, Personenorientierung, Recovery, der Sicherstellung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Teilhabe am Arbeitsleben und dem Normalitätsprinzip. Die Leitlinie für die Aufgaben der GPV stellt die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) dar, nach der Menschen mit Behinderungen der volle Genuss der Menschenrechte und Grundfreiheiten ohne Diskriminierung zukommen soll. Eine weitere Grundlage ist das Bundesteilhabegesetz (BTHG) und eine Ausrichtung an aktuellen fachlichen Standards (z.B. S3-Leitlinien für Psychiatrie und Sucht), sowie an den Gender-Leitlinien des Landes Bremen. Psychiatrie- und Suchthilfe-Erfahrene sowie Angehörige sind Teil der GPV. Die Mitglieder der GPV verpflichten sich, die finanziellen Ressourcen so effizient, effektiv und verantwortungsbewusst wie möglich einzusetzen und jährlich über die Leistungserbringung zu berichten. Näheres regelt die Kooperationsvereinbarung des GPV. Im Rahmen der Versorgungsverpflichtung geht es um das Angebot passgenauer Leistungen für den oben beschriebenen Personenkreis. Sowohl Unter- als auch Überversorgung und Fehlversorgung sind zu vermeiden. Die Menschen sollen individuell zugeschnittene Hilfen in ihrem Lebensfeld in Anspruch nehmen können.

3. Zielgruppe

Zielgruppe sind erwachsene Menschen mit einer seelischen Erkrankung in der Region. Menschen mit organisch bedingten Erkrankungen (z.B. dementielle Erkrankungen) und im Alter auftretenden seelischen Erkrankungen sind eingeschlossen, sofern es sich um Personen handelt, die im allgemeinen Versorgungssystem aufgrund ihrer wesentlichen seelischen Erkrankung nicht adäquat versorgt werden können.

4. Versorgungs- und Behandlungsprinzipien

Die Versorgung und Behandlung umfasst die Leistungsbereiche Akutbehandlung, langfristige Behandlung, Assistenz, Wohnen, Arbeit/Ausbildung/Beschäftigung und Tagesstrukturierung. Niederschwellige Begleitung und Beratung werden ohne Antrag u.a. durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpsD) erbracht. Leistungen nach den verschiedenen Sozialgesetzbüchern werden nach Bewilligung bzw. aufgrund ärztlicher Verordnung von den

zuständigen Einrichtungen und Diensten im GPV erbracht. In der jeweiligen Region wird der Unterstützungsbedarf mit entsprechend einheitlichen Instrumenten ermittelt und im Gesamtplan/Teilhabepan bzw. im Behandlungsplan festgelegt. Die Mitgliedsorganisationen verpflichten sich, die in den Bereichen Rehabilitation, Pflege und Behandlung festgestellten individuellen Hilfebedarfe im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel passgenau zu erbringen. Dabei sollte die Nutzung nicht-psychiatrischer Angebote angestrebt werden.

5. Mitglieder des GPV Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Region XXX sind die unterzeichnenden Leistungserbringer unabhängig von der leistungsrechtlichen Finanzierung sowie Vertreter:innen der Angehörigen und Psychiatrie- und Suchthilfe-Erfahrenen. Weitere Leistungserbringer können dieser Vereinbarung beitreten, wenn sie sich zur Zusammenarbeit im Verbund gemäß Satzung und Kooperations-Vereinbarung verpflichten. Über die Aufnahme weiterer Mitglieder entscheidet der GPV mit 2/3-Mehrheit der Mitglieder. Die Aufnahme wird schriftlich beantragt. Eine Vorstellung des Antragstellers erfolgt auf der GPV-Sitzung. Wird die Aufnahme beschlossen, tritt das neue Mitglied dem GPV bei. Ein Mitglied kann aus dem GPV ausgeschlossen werden, wenn das betreffende Mitglied in grober Weise und beharrlich gegen seine Mitgliedspflichten verstößt, sodass die Fortsetzung der Mitgliedschaft für den GPV nicht zumutbar ist. Der Ausschluss kann nur erfolgen, wenn die 2/3-Mehrheit der Mitglieder zustimmt.
6. Gremien des GPV Die Gremien des GPV sind die GPV-Sitzung und die Hilfe-Unterstützung-Behandlung-Inklusions-Konferenz (HUBIKo). Die Mitglieder des GPV nehmen bei Bedarf an der GPV-übergreifenden Verbündekonferenz teil.

6.1. GPV-Sitzung

Die Erbringer ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgungs- und Behandlungsleistungen und Dienste mit Versorgungsvertrag oder Leistungsvereinbarung für den genannten Personenkreis organisieren gemeinsam und unter Mitwirkung des zuständigen Gesundheitsamtes die Umsetzung der Versorgungsverpflichtung. Die GPV-Sitzung berät über grundsätzliche Organisationsaufgaben und übermittelt Anfragen und Prüfungsaufträge zur Versorgungsstruktur über die Regionalkonferenz an die ZAG. Das Leitungs- und Entscheidungsgremium des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist die GPV-Sitzung. Der GPV-Sitzung gehören je eine Vertretung der Mitgliederorganisationen an. Die Geschäftsführung der GPV-Sitzungen wird doppelt besetzt mit einer Vertreterin /einem Vertreter des jeweils zuständigen BHZ und einer Vertreterin oder einem Vertreter einer der beteiligten Leistungserbringer. Der Vertreter/ die Vertreterin der Leistungserbringer wird jährlich auf einer GPV-Sitzung gewählt. Die GPV-Sitzung tagt 4 x jährlich, bei Bedarf öfter. Davon haben 2 Sitzungen im Jahr die Funktion der Regionalkonferenz, an der auch nicht am GPV beteiligte Organisationen einbezogen werden. 14 Tage vor dem Sitzungstermin wird mit der Tagesordnung eingeladen. Von den Sitzungen wird ein Protokoll erstellt, welches innerhalb von 14 Tagen an die Mitglieder versandt wird. Innerhalb von weiteren 14 Tagen können Rückmeldungen zum Protokoll erfolgen, ansonsten gilt es als verabschiedet. Sofern Änderungswünsche eingehen, werden diese auf der nächsten Sitzung besprochen und das Protokoll entsprechend verabschiedet. Die GPV-Sitzung fasst Beschlüsse mit 2/3 Mehrheit (Konsensbeschlüsse werden angestrebt). Die GPV-Sitzung ist beschlussfähig, wenn mindestens 2/3 der Mitglieder anwesend sind. Gäste können in die Sitzungen des GPV eingeladen werden. Sollte eine Sitzung trotz ordnungsgemäßer Ladung nicht beschlussfähig sein, wird zu einer Wiederholungs-Sitzung geladen. Diese ist dann in jedem Fall beschlussfähig. Beschlüsse werden nur mit den Stimmen der anwesenden Mitglieder gefasst. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Beschlüsse sollen grundsätzlich durch schriftliche Vorlagen vorbereitet werden. Die Vorlagen sind den Mitgliedern rechtzeitig vor Sitzungen - in der Regel mit den Einladungen - zur Kenntnis zu geben. Bei Beschlüssen und Veröffentlichungen, die den Bereich von Nichtmitgliedern des GPV betreffen, soll diesen vorher Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Die Stellungnahmen des GPV können nur einstimmig von den

anwesenden Mitgliedern beschlossen werden. Wenn keine Einstimmigkeit erzielt werden kann, werden die unterschiedlichen Voten zu Protokoll gegeben. Das Nähere regelt die Kooperationsvereinbarung des GPV.

6.2. Hilfe-Unterstützung-Behandlung-Inklusions-Konferenz (HUBIKo)

Die HUBIKo ist ein Instrument, das ausschließlich zur Versorgung von Menschen mit komplexen Hilfebedarfen eingesetzt wird, denen im Rahmen der Behandlungsplanung und/oder Gesamt-/Teilhabeplanung kein passendes Angebot gemacht werden konnte. Alle Mitgliedsorganisationen beteiligen sich an der Entwicklung einer Lösung, die ggf. trägerübergreifend und SGB-übergreifend organisiert wird. Die regionalen HUBIKo sollen gewährleisten, dass auch Menschen mit komplexen Hilfebedarfen ausreichend und wirtschaftlich versorgt werden. Eine Lösung soll innerhalb von 6 Wochen entwickelt werden. Die HUBIKo tagt in der Regel mindestens einmal im Monat. Das Nähere regelt die Geschäftsordnung der HUBIKo.

6.3. Die Verbündekonferenz

Wird in der HUBIKo keine zufriedenstellende Lösung für die leistungsberechtigte Person gefunden, wird der Fall in der GPV-übergreifenden Verbündekonferenz beraten mit dem Ziel, eine Lösung in einer anderen Region oder auch regionenübergreifend zu finden.

7. Beteiligung von Psychiatrie- und Suchthilfe-Erfahrenen und Angehörigen

Die Einbeziehung von Psychiatrie- und Suchthilfe-Erfahrenen und Angehörigen in die Strukturen der Gemeindepsychiatrischen Verbände ist eine wesentliche Säule der Arbeit des GPV. Ihre Beteiligung in allen Gremien und bei der Entwicklung neuer Leistungs- und Angebotstypen soll sichergestellt werden. Hierzu nimmt jeweils ein Vertreter der Psychiatrie- und Suchthilfe-Erfahrenen und Angehörigen an den Sitzungen (auch HUBIKo und Verbündekonferenzen) teil. Alle im Geltungsbereich des GPV tätigen Organisationen und Verbände, die überwiegend aus Psychiatrie- und Suchthilfe-Erfahrenen und Angehörigen bestehen und sich aktiv mit der psychiatrischen Versorgung beschäftigen, können Mitglied beim GPV werden. Wenn jemand für mehrere am GPV beteiligte Organisationen in einer Person die Vertretung übernimmt, hat diese Person pro Organisation, die sie vertritt, eine Stimme.

8. Unabhängiges Fürsprache- und Beschwerdemanagement

Das unabhängige Fürsprache- und Beschwerdeangebot ist ein wichtiges Element der Qualitätssicherung der einzelnen Mitgliedsorganisationen als auch des gesamten Verbundes. Das Angebot dient u.a. dazu, die Einhaltung der Grundsätze der UN-BRK und des BTHG sicherzustellen. Im GPV soll ein Fürsprache- und Beschwerdeangebot vorgehalten werden, das möglichst dialogisch arbeitet, zumindest soll es aber ein Peer-Angebot geben. Im Rahmen des unabhängigen Fürsprache- und Beschwerdeangebots werden Sprechzeiten vorgehalten, es werden aber auch Einrichtungen aufgesucht. Alle Verbundpartner beteiligen sich nach Möglichkeit an dem unabhängigen Fürsprache- und Beschwerdeverfahren und kooperieren mit der unabhängigen Fürsprache- und Beschwerdestelle in der Region.

Geschäftsordnung der Hilfe-Unterstützungs-Behandlungs-Inklusions-Konferenz (HUBIKo) im Land Bremen

1. Grundlagen für die Konferenz

Ziel des GPV ist es, dass alle Menschen mit einer seelischen Erkrankung, die im Land Bremen ihren Wohnsitz haben, hatten oder planen, die von ihnen benötigte Beratung, Behandlung und Unterstützung bedarfsgerecht zu erhalten. Die volle Teilhabe am Leben in der Gesellschaft soll sichergestellt werden. Zu diesem Ziel organisieren sich die entsprechenden Leistungserbringer, Ämter, Behörden und Organisationen in jeweils regional zuständigen GPV, die eine einheitliche Satzung haben. Die Kooperationsvereinbarung für den GPV ist Grundlage dieser Geschäftsordnung. Sie gibt ein einheitliches Verfahren vor, nach dem die Hilfeplanung und die

Koordination der zu erbringenden Hilfen erfolgen sollen. Die HUBIKo ist das zentrale Instrument des GPV zur Abstimmung von Hilfen für Menschen mit komplexen Hilfebedarfen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen im Land Bremen erfordern eine Einverständniserklärung des Leistungsberechtigten bzw. eine anonyme Beratung der Fälle in der Konferenz, wenn der/die Betroffene dies wünscht.

2. Aufgaben der HUBIKo

Die HUBIKo ist ein Instrument, das ausschließlich zur Versorgung von Menschen mit komplexen Hilfebedarfen eingesetzt wird, denen im Rahmen der Gesamt- / Teilhabeplanung und/oder Behandlungsplanung kein passendes Angebot gemacht werden konnte. Alle Mitgliedsorganisationen beteiligen sich an der Entwicklung einer Lösung, die ggf. trägerübergreifend (und SGB-übergreifend) organisiert wird. Die regionalen HUBIKo sollen gewährleisten, dass auch Menschen mit komplexen Hilfebedarfen zeitnah, ausreichend und materiell effizient versorgt werden. Eine Lösung soll innerhalb von 6 Wochen entwickelt werden.

3. Zielgruppe

Zielgruppe sind erwachsene Menschen mit einer seelischen Erkrankung in der Region. Menschen mit organisch bedingten Erkrankungen (z.B. dementielle Erkrankungen) und im Alter auftretenden seelischen Erkrankungen sind eingeschlossen, sofern es sich um Personen handelt, die im allgemeinen Versorgungssystem aufgrund ihrer wesentlichen seelischen Erkrankung nicht adäquat versorgt werden können.

4. Teilnehmer:innen

Teilnehmer:innen sind die im GPV organisierten Leistungserbringer, die Steuerungsstellen beim Gesundheitsamt, das Gesundheitsamt Bremerhaven, Vertreter:innen von Psychiatrie- und Suchthilfe-Erfahrenen, Angehörigen und der Selbsthilfe sowie die jeweils zuständigen Leistungsträger. Fallbezogen nehmen die jeweilige koordinierende Bezugsperson sowie der/die Leistungsberechtigte und dessen/deren gesetzliche Vertretung sowie eine benannte Vertrauensperson teil. Die leistungsberechtigte Person kann die Teilnahme ablehnen. Dies muss entsprechend dokumentiert werden. Zudem sind weitere Personen und Organisationen einzuladen, deren Expertise und Angebote zu einer Lösung beitragen können.

5. Termine

Die regionale HUBIKo tagt in der Regel zu einem festgesetzten Termin mindestens einmal im Monat. Zudem können adhoc-HUBIKos durch die Geschäftsführung der HUBIKo einberufen werden.

6. Geschäftsführung

Die Geschäftsführung und Koordination der HUBIKo wird durch die Steuerungsstellen des Gesundheitsamtes bzw. des Gesundheitsamtes Bremerhaven übernommen. Die Organisation erfolgt in einer abgestimmten Aufgabenverteilung zwischen den Mitgliedern des GPV und der Steuerungsstellen des Gesundheitsamtes bzw. des Gesundheitsamtes Bremerhaven. Jedes Mitglied kann Klienten in der HUBIKo anmelden.

Die Steuerungsstellen des Gesundheitsamtes bzw. das Gesundheitsamt Bremerhaven

- sind/ist die einladende und koordinierende Stelle und zuständig für die rechtzeitige Versendung der Sitzungsunterlagen
- übernehmen/übernimmt die Moderation der HUBIKo
- sind/ist zuständig für die Protokollführung und Abstimmung, ggfs. Weiterleitung an die Verbündekonferenz
- sind/ist verantwortlich für den Prozessablauf inkl. Wiedervorlage

Für die angemeldeten Klient:innen müssen die entsprechenden Unterlagen von der anmeldenden Organisation erstellt und den Steuerungsstellen des Gesundheitsamtes bzw. dem Gesundheitsamt Bremerhaven zur Verfügung gestellt werden. Hierbei handelt es sich u.a. um:

- einen Anamnesebogen, aus dem die aktuelle Situation der Klient:in / des Klienten und die aktuelle Fragestellung und Zielformulierung hervorgehen sollte
- die Schweigepflichtsentbindung der Klient:in /des Klienten
- eine Empfehlung, wer Teilnehmer der HUBIKo sein sollte

In dem Fall, dass die Klientin oder der Klient noch nicht im Hilfesystem des GPV betreut wird, obliegt die Aufgabe der Anmeldung und Vorbereitung dem regionalen Behandlungszentrum (SpsD) bzw. der ambulanten Suchtberatung. Des Weiteren unterstützen der SpsD und die ambulante Suchtberatung die Vorbereitung der HUBIKo, wenn dies sinnvoll ist. Bei Schwierigkeiten in der Umsetzung beschlossener Maßnahmen wird die Geschäftsführung angesprochen. Diese entscheidet in Rücksprache mit den betreffenden Akteuren, ob eine Sondersitzung einberufen werden muss oder ob der Fall auf der nächsten regulären HUBIKo erneut besprochen werden soll.

7. Arbeitsweise

Die Vorstellung in der HUBIKo setzt voraus, dass im Vorfeld keine angemessene Lösung für den betroffenen Menschen im Gesamtplan-/ Teilhabeplanverfahren bzw. in der Behandlungsplanung gefunden wurde. Im Vorfeld wurden die bedarfsorientierte Behandlungsplanung und/oder Gesamtplanung/Teilhabeplanung nach dem SGB IX durchgeführt. Folgende Formblätter sind für die Vorstellung in der HUBIKo zu nutzen: Kurzprotokoll (Anlage), Fallbogen (Anlage), Schweigepflichtsentbindung und Einwilligung zur Besprechung (Anlage) Die Formblätter müssen versandt werden unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen und Wahrung einer Frist von mindestens 14 Tagen zur Einladung für die nächste HUBIKo.

8.2 Niedrigschwellige Angebote der Drogenhilfe in Bremen

Einrichtung	Angebot
Kontakt- und Beratungszentrum (KBZ) am Bremer Hbf	Aufenthaltsmöglichkeit mit Essensangebot; Überlebenshilfen; safer Use-Beratung, Spritzentausch, Kondomvergabe; Kleiderkammer und Waschmöglichkeit; offenes Beratungsangebot, medizinischen Ambulanz ;Überbrückungssubstitution Streetwork.
Ruhe- und Regenerationsort RegO in der Friedrich-Rauers-Straße, Bremen	Café-Betrieb mit Sitzmöblierung und Essenvergabe; Ruhebereich mit Liegen; Beratungsbereich mit Vergabe von Safer-Use-Materialien.
Kontaktladen JumpIn in Bremerhaven	Aufenthaltsmöglichkeit mit Essensangebot; Safer use Beratung und Spritzentausch; Kleiderkammer und Waschmöglichkeit; Offenes Beratungsangebot; Vermittlung in Entzug/Therapie.
Café-Betrieb im Drogenhilfezentrum Nord	Aufenthaltsmöglichkeit mit Snackangebot; Safer use Beratung und Spritzentausch; Waschmöglichkeit; Offenes Beratungsangebot; Vermittlung in Entzug/Therapie.
Café Abseits in Bremen Tenever	Aufenthaltsmöglichkeit; Safer use Beratung und Spritzentausch; Offenes Beratungsangebot; Beschäftigungsangebot.
Drogenkonsumraum (DKR)-Container in der Nähe des Bremer Hbf	Zurverfügungstellung steriler Konsumutensilien; sofortige Erste Hilfe bei Überdosierungen und anderen Notfällen; Verbesserung des Kenntnisstands zu Risiken des Drogengebrauchs; Safer Use-Beratung; Weiterführende Beratung.
Streetwork in verschiedenen Projekten: - muttersprachlich - stadtteilbezogen - im Rahmen Eltern PLUS	Kontaktaufbau- bzw. –anbahnung; + Lebenspraktische Hilfen; + Informationsaustausch; + Abklärung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs; + Gesundheitsförderung, harm reduction; Anbindung an das Hilfesystem.
Notunterkunft für Drogenabhängige „La Campagne“ in HB-Hemelingen	Lebenspraktische Hilfen; Abklärung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs; Spritzentausch; Anbindung an das Hilfesystem.
Notunterkunft für obdachlose Drogenkonsumenten: "Sleep Inn Neuland"	Lebenspraktische Hilfen; Abklärung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs; Spritzentausch; Anbindung an das Hilfesystem.

Suchtberatung - online für Betroffene und deren Angehörige (kostenlos) in Bremen, Bremerhaven & bundesweit



DigiSucht
FREUNDLICH PROFESSIONELL ANONYM
suchtberatung.digital



DigiSucht

suchtberatung.digital

Auf DigiSucht beantworten professionelle Suchtberater*innen Ihre Fragen zum Thema Abhängigkeit von Drogen, Alkohol, Medikamenten und Glücksspiel. Wir helfen Ihnen bei der Analyse Ihrer aktuellen Situation, unterstützen bei Verhaltensänderungen und informieren über weitergehende Hilfsangebote vor Ort.

Die Beratung ist kostenfrei!

So einfach funktioniert DigiSucht:

- "Suchtberatung.digital" im Browser öffnen oder QR-Code auf der Vorderseite scannen.
- Kurze Registrierung mit PLZ und Benutzernamen, um eine geschützte und passende Beratung zu gewährleisten.
- Sie haben nun die Möglichkeit, mit professionellen Mitarbeitenden der Suchtberatung zu sprechen.

Die Beratung auf DigiSucht erfolgt im Land Bremen durch:



Gefördert durch:
Bundesministerium für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages



AWO Bremerhaven

8.4 Unterschied zwischen körperlicher Entzug und Qualifizierter Entzugsbehandlung

<p>Körperlicher Entzug</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ umfasst die Behandlung der Alkoholintoxikation mit körperlich-neurologischen Ausfallerscheinungen und/oder von Alkoholentzugs-symptomen. <p>Fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sicherstellung der Vitalfunktionen ➤ Vermeidung von Komplikationen (z.B. epileptische Anfälle oder Delirium tremens) ➤ Reduzierung/ Linderung von Entzugserscheinungen. <p>Dauer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ an Schwere der Entzugserscheinungen und Begleit- und Folgeerkrankungen orientiert.
<p>Qualifizierte Entzugs-Behandlung (QE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ geht über den körperlichen Entzug hinaus. <p>Fokus:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Behandlung der Intoxikations- und Entzugssymptome ➤ Diagnostik und Behandlung der psychischen und somatischen Begleit- und Folgeerkrankungen. ➤ psycho- und soziotherapeutische sowie weitere psychosoziale Interventionen zur Förderung der Änderungsbereitschaft und der Änderungskompetenz (z.B. Stabilisierung der Abstinenz). <p>Ziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Steigerung der Bereitschaft zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen ➤ Bahnung entsprechender Kontakte in das regionale Hilfesystem (z.B. Selbsthilfe, Psychotherapie, Soziale Arbeit). ➤ Bei entsprechender Indikation Vermittlung in spezifische Behandlungsangebote, wie z.B. in die soziale oder medizinische Rehabilitation. <p>Dauer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 21 Tage oder länger

8.5 Kommunale Suchtberatungsstellen

Leistungsart	Einrichtungen
Suchtberatung übergreifend	AWO-Suchthilfezentrum Bremerhaven
Drogenberatung	Drogenhilfezentrum Mitte und Nord in Bremen
Beratung bei Alkohol und Medikamenten bezogenen Störungen	Psychiatrische Behandlungszentren Nord, West, Süd, Ost und Mitte (ÖGD)
	Fachambulanz Suchtprävention und Rehabilitation der Caritas (Finanzierung über Kirche)
Suchtberatung für Minderjährige (ÖGD)	Fachstelle [Esc]ape beim Gesundheitsamt Bremen
Suchtberatung in leichter Sprache	Projekt TANDEM
Beratung bei Glücksspielbezogenen Störungen	Bremer Fachstellen Glücksspielsucht in Bremen und Bremerhaven
Beratung für internetbezogene Störungen	Bremer Fachstelle Mediensucht
Beratung für Angehörige	Drogenhilfezentrum Mitte und Fachstelle [Esc]ape

8.6 Angebote der medizinischen Suchtrehabilitation in Bremen

Setting	Rehabilitationseinrichtung
stationär	RehaCentrum Alt Osterholz
Adaption nach stationärer Behandlung	Adaption am Wall
ganztägig-ambulant	Change! Bremen
ambulant / Nachsorge	Suchtambulanz STEPS-ASHB Bremen
	Fachambulanz Rehabilitation Caritas Bremen
	Ambulante Suchttherapie AWO-Bremerhaven
Bremer Umland:	Fachklinik Bassum incl. ganztägig-ambulantes Angebot

9 Abkürzungsverzeichnis

Ala	Andere Leistungsanbieter
APP	Ambulante Psychiatrische Pflege
ASB	Arbeiter-Samariter Bund
B.E.Ni-Bremen	Bedarfsermittlung Niedersachsen, angepasst für Bremen
BHZ	Behandlungszentrum
BOT	Beschäftigungsorientierte Soziale Teilhabe
BravO	Bremen ambulant vor Ort
BreLS	Bremische Landesstelle für Suchtfragen
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
EGH	Eingliederungshilfe
EXPA	Expert:innen Partnerschaft
FASD	Fetal Alcohol Spectrum Disorder
FF	Federführung
FiSch	Familie in Schule
GAPSY	Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste
GeNo	Gesundheit Nord gGmbH – Klinikverbund Bremen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPV	Gemeindepsychiatrische Verbände
HUBIKo	Hilfe-Unterstützungs-Behandlungs-Inklusions- Konferenz
ICF	International Classification of functions
IPP	Institut für Public Health und Pflegeforschung
KBN	Klinikum Bremen-Nord
KBO	Klinikum Bremen-Ost
KBR	Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide
KIPSY	Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle und Institutsambulanz
KJH	Kinder- und Jugendhilfe
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KV	Krankenversicherung
MRV	Maßregelvollzug
NBF	Nicht-Behandlungsfälle
NPS	Neue psychokative Substanzen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PIA-F	Psychiatrische Institutsambulanz Forensik
PLG	Projektlenkungsgruppe
PSAK	Psychosozialen Arbeitskreis
QE	Qualifizierte Entzug
RebuZ	Regionalen Beratungs- und Unterstützungszentren
ReFaps	Fachkräfte für psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
RegO	Ruhe- und Regenerationsort
SASJI	Senatorin für Arbeit, Soziales, Jugend und Integration
SG	Steuerungsgruppe
SGFV	Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz
SpsD	Sozialpsychiatrischer Dienst
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SsE	Stark strukturierte Einrichtung
StäB	Stationsäquivalente Behandlung

SÜB	Sektorenübergreifende Versorgung im Bremer Osten
WePse	Stärkung psychischer Gesundheit - Weiterentwicklung der Psychiatriereform Bremen
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
ZVP	Zwangmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem
Gesetzestexte	
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
ÖGDG	Gesundheitsdienstgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
stopp	Strafprozessordnung
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention