

**Vorlage
für die Sitzung
staatlichen Deputation für Gesundheit
am 30.01.2019**

Strategiepapier Psychiatriereform – Eckpunkte, Zielsetzungen und Perspektiven zur Umsetzung der Psychiatriereform in Bremen bis zum Jahr 2022

A. Problem

Die Bremische Bürgerschaft hat mit ihrem Beschluss vom 13.01.2013 die Eckpunkte der Psychiatriereform in Bremen bis 2021 beschrieben. Nach der Halbzeitbilanz zur Psychiatriereform am 16.08.2018 hat die Gesundheitsdeputation den Bürgerschaftsbeschluss bekräftigt und die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz gebeten, ein Strategiepapier zur Umsetzung der weiteren Schritte der Psychiatriereform in Bremen vorzulegen.

B. Lösung

Folgende Aspekte wurden durch die Gesundheitsdeputation als zentral für das Strategiepapier festgelegt:

- Steuerungsverantwortung und Zeitschiene der Umsetzung der von den externen Expert*innen sowie von der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz im Bericht genannten Prozesse,
- Zeitrahmen und Zielzahl des Bettenabbaus, der so zeitnah und mit so großen Schritten wie möglich erfolgen und ein qualitativer Impuls für die Ambulantisierung sein soll,
- Rolle der Ressorts Gesundheit und Soziales sowie der ihnen zugeordneten Ämter und Darstellung der personellen Ressourcen für den Reformprozess.
- Darlegung der avisierten Eckpunkte und Meilensteine der Psychiatriereform und der im Bericht genannten eindeutigen Vorgaben sowie die Darlegung, wie und von wem diese Eckpunkte und Meilensteine mit den Akteuren vereinbart und nachgehalten werden,
- ein Konzept, wie und in welchem Umfang der sozialpsychiatrische Dienst (Krisendienst) künftig vorgehalten werden soll,
- die Entwicklung eines Gesamtkonzeptes, in das auch die psychotherapeutische Versorgung mit einbezogen werden soll und die Darstellung der Verantwortlichkeiten,
- Prüfung, wie das vorhandene Informationsangebot für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen verbessert werden konnte und um entsprechende Verbesserungen.

Bezugnehmend auf alle Fragestellungen wird das Strategiepapier der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz vorgelegt.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle / Personalwirtschaftliche Auswirkungen / Gender Prüfung

Es ergeben sich keine finanziellen aber personalwirtschaftlichen Konsequenzen. Die personalwirtschaftlichen Konsequenzen sind bereits bei der Senatorin für Finanzen für 2019 als zusätzlicher Bedarf angemeldet worden.

Die Vorlage betrifft Männer und Frauen gleichermaßen.

E. Beteiligung / Abstimmung

Keine

F. Öffentlichkeitsarbeit und Veröffentlichung nach dem Informationsfreiheitsgesetz

Der Veröffentlichung des Anhangs steht nichts entgegen

G. Beschlussvorschlag

Die staatliche Deputation für Gesundheit und Verbraucherschutz nimmt das Strategiepapier zur Umsetzung der Psychiatriereform der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz zur Kenntnis

Anlage:

„Strategiepapier Psychiatriereform – Eckpunkte, Zielsetzungen und Perspektiven zur Umsetzung der Psychiatriereform in Bremen bis zum Jahr 2022, Stand Januar 2019“

Strategiepapier Psychiatriereform

Eckpunkte, Zielsetzungen und Perspektiven zur Umsetzung
der Psychiatriereform in Bremen bis zum Jahr 2022

Stand: Januar 2019

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1. Steuerung der Psychiatriereform	4
1.1 Ziele der Psychiatriereform.....	4
1.2 Steuerung und Steuerungselemente	4
1.3 Aufgaben der Gremien	5
1.4 Diskurse über Ziele und Inhalte der Psychiatriereform	5
1.5 Modellprojekte.....	5
2. Umsetzung der Psychiatriereform 2019 bis 2022	6
2.1 Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrische Verbünde	6
2.2 Transformation	7
2.2.1 Gesundheit Nord.....	8
2.2.1.2 Klinikum Bremen Ost.....	8
2.2.1.1 Behandlungszentrum Nord	9
2.2.2 Ameos Klinikum Dr. Heines (AKH)	9
2.2.3 Klinikum Bremerhaven Reinkenheide.....	10
2.2.4 Alternativen	10
2.3 Modellprojekt nach SGB V §64b	10
2.3.1 Rahmenbedingungen	10
2.3.2 Regionale Modellkonzepte	11
2.3.3 Modellkonzepte Geno	11
2.3.4 Haltung Krankenkassen	11
2.3.5 Umsetzung.....	12
2.3.6 Steuerung	13
2.3.7 Einbeziehung der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe	13
2.4 Krisenversorgung.....	13
2.4.1 Umstellung Krisendienst.....	13
2.4.2 Auswertungen	14
2.4.3 Stand in anderen Bundesländern	14
2.4.4 Zielperspektive Krisenversorgung	14
2.4.5 Krisenversorgung bis zur Umsetzung der Transformation	15
2.5 Informationsangebot.....	15
2.6 Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen	16
2.7 Personalressourcen	16
2.8 Fazit	16
3. Arbeitspakete, Meilensteine und Zielzahlen.....	16
3.1 Maßnahmeplan	18
3.2 Zeitschiene zur Umsetzung der Psychiatriereform	24

Einleitung

Die Bremische Bürgerschaft hat mit ihrem Beschluss vom 13.01.2013 die Eckpunkte der Psychiatriereform in Bremen bis 2021 beschrieben. Zu den wichtigsten Forderungen gehören:

- Einrichtung Gemeindepsychiatrische Verbände (1a)
- Erprobung von Regionalbudgets nach §64b SGB V (1b)
- Einbeziehung von Patient*innen und Angehörigen (1c)
- Festlegung von Steuerungsverantwortung auf den verschiedenen Ebenen der Versorgung (1d)

Nach der Halbzeitbilanz zur Psychiatriereform am 16.08.2018 hat die Gesundheitsdeputation die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz gebeten, ein Strategiepapier zur Umsetzung der weiteren Schritte der Psychiatriereform in Bremen vorzulegen.

Das Strategiepapier soll folgende Aspekte umfassen:

- Steuerungsverantwortung und Zeitschiene der Umsetzung der von den externen Expert*innen sowie von der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz im Bericht genannten Prozesse,
- Zeitrahmen und Zielzahl des Bettenabbaus, der so zeitnah und mit so großen Schritten wie möglich erfolgen und ein qualitativer Impuls für die Ambulantisierung sein soll,
- Rolle der Ressorts Gesundheit und Soziales sowie der ihnen zugeordneten Ämter und Darstellung der personellen Ressourcen für den Reformprozess.
- Darlegung der avisierten Eckpunkte und Meilensteine der Psychiatriereform und der im Bericht genannten eindeutigen Vorgaben sowie die Darlegung, wie und von wem diese Eckpunkte und Meilensteine mit den Akteuren vereinbart und nachgehalten werden,
- ein Konzept, wie und in welchem Umfang der sozialpsychiatrische Dienst (Krisendienst) künftig vorgehalten werden soll,
- die Entwicklung eines Gesamtkonzeptes, in das auch die psychotherapeutische Versorgung mit einbezogen werden soll und die Darstellung der Verantwortlichkeiten,
- Prüfung, wie das vorhandene Informationsangebot für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen verbessert werden konnte und um entsprechende Verbesserungen.

1. Steuerung der Psychiatriereform

1.1 Ziele der Psychiatriereform

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. Hier sind die Funktionsbereiche Beratung, Assessment, Casemanagement, Psychiatrische Institutsambulanz, Tagesklinik (auch als Akut-TK), Ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie, lokale Rückzugsräume und stationäre Behandlungsangebote angesiedelt. Im Zentrum verortet soll ferner die Gesamtkoordination sowie die Koordination der Hometreatment- und Kriseninterventionsteams sein (Vgl. Empfehlungen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018 S. 745-748, S. 779).

Zudem sollen psychotherapeutische und akutpsychotherapeutische Angebote, sowie das Angebot der niedergelassenen Psychiater*innen enger mit dem Versorgungsangebot verzahnt werden und Kooperationsstrukturen verbessert werden.

Kurzfristig ist dieses Ziel nicht zu erreichen. In diesem Bericht werden die Ziele für die Phase 2019-2022 beschrieben, die als wesentliche Bausteine für die Gesamtreform zu verstehen sind.

Schwerpunkte der Umsetzung der Psychiatriereform 2019 - 2022 sind:

- Die verstärkte Übernahme der Steuerungsverantwortung für die Psychiatriereform durch die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz
- Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrischen Verbände
- Transformation von stationären Behandlungsleistungen in gemeindenahe teilstationäre, ambulante und aufsuchende Angebote
- Umsetzung eines SGB V §64b Modellprojektes
- Neustrukturierung der Krisenversorgung
- Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen
- Installation eines Informationssystems über die psychiatrischen Versorgungs- und Behandlungsangebote im Land Bremen

1.2 Steuerung und Steuerungselemente

Bei der Psychiatriereform sind, mit Ausnahme der Transformation stationärer Behandlungseinheiten, sehr gute Fortschritte erzielt worden. Für die Transformation sind zwar viele Konzepte erarbeitet worden, es sind aber nach nunmehr sechs Jahren Reform keine konkreten Umsetzungsschritte erfolgt.

In der Vergangenheit wurden viele Strukturen geschaffen, die Mitbestimmung und Mitgestaltung aller Beteiligten ermöglichen. Daneben werden aber jetzt auch eindeutige Vorgaben für die Strategie der Umsetzung der Psychiatriereform erforderlich. Hierzu gehören:

- Die Steuerung und Koordination der Gremien für die Psychiatrie in Bremen
- Die öffentliche Auseinandersetzung mit den Zielen und Inhalten der Psychiatriereform
- Modellprojekte
- Zielvereinbarungen mit den Krankenhausträgern zur Umsetzung der Transformation
- Die Erarbeitung und Umsetzung verbindlicher Strukturen für die Gemeindepsychiatrischen Verbände in Bremen und Bremerhaven
- Die Moderation der Verhandlungen zwischen den Kostenträgern und der Geno zur Umsetzung eines SGB V § 64b-Modells in Bremen

- Zielvorgaben für die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen in Durchführung der psychiatrischen Versorgung sowie in der Evaluation und Planung
- Vereinbarung über den Krisendienst in der Stadtgemeinde Bremen

Zu Beginn des Jahres 2019 werden mit den Kostenträgern und den Leistungserbringern Gespräche geführt, um Vereinbarungen über die konkrete Umsetzung der Psychiatriereform zu treffen.

1.3 Aufgaben der Gremien

Die senatorische Behörde wird für den Prozess der Reform der Psychiatrie das Controlling übernehmen.

Die **Begleitgruppe Psychiatriereform** wird die Umsetzung der Reformschritte fördern, fachlich begleiten und bewerten. Die externen Expert*innen werden bei der Durchführung von Workshops zur Umsetzung einbezogen und jährlich den Stand der Entwicklung bewerten. Die von der Begleitgruppe entwickelten Qualitätsindikatoren werden im Rahmen eines Modellprojektes implementiert und dienen zusätzlich zur Bewertung der Umsetzung der Psychiatriereform.

Die **Zentrale Arbeitsgruppe (ZAG)**, die **Regionalkonferenzen** in Bremen und der **Psychosoziale Arbeitskreis** in Bremerhaven sind die Gremien, in denen die Umsetzung der Psychiatriereform in den Stadtgemeinden koordiniert und begleitet werden. Die senatorische Behörde wird hier die Ausrichtung der Psychiatriereform und die erforderlichen Maßnahmen vermitteln.

In den folgenden **Arbeitsgruppen** werden die zentralen Konzepte der Psychiatriereform erarbeitet:

- Krisendienst
- Umsetzung eines Modellprojektes nach SGB V §64b
- Versorgung von Menschen mit komplexen und besonderen Hilfebedarfen
- Umsetzung Gemeindepsychiatrischer Verbände in allen Bremer Stadtregionen und in Bremerhaven

1.4 Diskurse über Ziele und Inhalte der Psychiatriereform

Um Schwerpunktthemen der Psychiatriereform weiterzuentwickeln und Impulse von außen zu fördern, werden seit 2014 jährlich drei bis vier Veranstaltungen durchgeführt, an denen jeweils 80 – 120 Personen teilnehmen. Die Veranstaltungen führen zu einem fruchtbaren Dialog zwischen Fachkräften, Vertreter*innen der Kostenträger, Angehörigen, Psychiatrie-Erfahrenen und der interessierten Öffentlichkeit. Die Anzahl der Teilnehmer*innen wächst stetig. Die Veranstaltungsreihe wird daher in Zukunft fortgeführt werden.

1.5 Modellprojekte

Die Modellprojekte sind ein sehr erfolgreiches Element bei der Umsetzung des Bürger-schaftsbeschlusses. Für die Haushalte 2016/2017 und 2018/2019 wurden jährlich Modellprojektmittel in Höhe von jeweils 1,2 Mio. Euro zur Verfügung gestellt.

Modellprojekte werden in fünf Schwerpunkten gefördert:

- Genesungsbegleitung
- Fürsprache
- Sektorübergreifende Zusammenarbeit und regionale Vernetzung
- Innovative Versorgungsangebote
- Krisenversorgung

Im Rahmen der Bremischen Psychiatriereform konnten zahlreiche innovative Projekte und Initiativen im Sinne des Bürgerschaftsbeschlusses erprobt werden und nachhaltige Entwicklungen angestoßen werden. So sind z.B. mittlerweile Genesungsbegleiter*innen in allen psychiatrischen Kliniken tätig, die Koordination der Hilfen für Menschen mit komplexen Bedarfen konnte nachhaltig verbessert werden, die Modellprojekte zu Krisenangeboten haben wichtige Erkenntnisse zu der zukünftigen Ausgestaltung einer Krisenversorgung erbracht.

2. Umsetzung der Psychiatriereform 2019 bis 2022

2.1 Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrische Verbände

Modellregion zur Umsetzung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) war der Bremer Westen. Hier wurde ein Konsens zur Zusammenarbeit im GPV erzielt. In Bremen Nord ist ebenfalls eine Gruppe sehr aktiv, einen Gemeindepsychiatrischen Verbund zu realisieren. Im Bremer Osten gibt es bereits Strukturen und Kooperationsvereinbarungen, die aktualisiert bzw. ausdifferenziert werden sollen. In Bremen Mitte wird engagiert an der Entwicklung eines GPV gearbeitet. Besonders ist hier, dass auch niedergelassene Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen beteiligt sind. Im Bremer Süden waren die Aktivitäten zur Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes bisher eher zurückhaltend. Für 24. Januar 2019 ist aber eine Veranstaltung zur Gründung eines GPV geplant. Die Beteiligung der Kliniken an den Gemeindepsychiatrischen Verbänden hat sich insgesamt sehr verbessert, im Bremer Norden ist das BHZ Nord sogar Initiatorin des GPV.

Die GPV sollen das organisatorische Dach aller psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Hilfen, insbesondere für Menschen mit komplexem Hilfebedarf, in einer Versorgungsregion bilden. Sie sollen personenzentrierte Hilfen mit dem Ziel anbieten, dass hilfebedürftige Personen dauerhaft in ihrer Region leben können. Sie sollen eine zeitgerechte und angemessene Versorgung aller psychisch kranken Bürger*innen insbesondere mit komplexem Hilfebedarf einer Region sicherstellen, integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsprogramme umsetzen und das Leistungsspektrum durch Qualitätsverbesserungen und Versorgungsverpflichtung optimieren.

Die GPV sind eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung der Transformation und die Psychiatriereform insgesamt.

Nach dem zweiten Workshop zur Implementierung der GPV in den fünf Stadtregionen in Bremen und in Bremerhaven, an dem alle wichtigen Leistungserbringer beteiligt waren, wurde entschieden, für das Land Bremen Kooperationsverträge und Leistungsbeschreibungen zu entwickeln, die für alle GPV im Land Bremen gültig sind. Hierzu werden sich unter Federführung der senatorischen Behörde im Februar Arbeitsgruppen zusammensetzen, um diese zu erarbeiten.

Ein wichtiges Element der GPV-Aufgaben ist, zu vermeiden, dass Patient*innen lange als Nicht-Behandlungsfälle in den Kliniken verbleiben oder aufgrund fehlender Versorgungsangebote außerhalb Bremens untergebracht werden. Hierfür werden Hilfeplankonferenzen in jeder Region für die Versorgung von schwer integrierbaren psychisch kranken, abhängigkeitskranken sowie geistig/ mehrfach beeinträchtigten psychisch kranken Menschen implementiert. Alle Leistungserbringer aus einer Region beteiligen sich an der Entwicklung einer

Lösung, die ggf. trägerübergreifend organisiert wird. Die regionalen Hilfeplankonferenzen sollen gewährleisten, dass auch Menschen mit komplexen Hilfebedarfen durch Maßnahmen der Eingliederungshilfe zeitnah, ausreichend und wirtschaftlich versorgt werden.

Sollte hier keine Lösung für die einzelnen Klient*innen gefunden werden, wird eine überregionale Verbündekonferenz einberufen, an der Vertreter*innen aller Leistungserbringer, der Eingliederungshilfe, der Klinika, der BHZ, des Gesundheitsamtes, der Senatorin für Soziales Jugend, Frauen Integration und Sport und fallbezogenen Krankenkassen und ambulante SGB V Leistungserbringer beteiligt sind. Alle Mitglieder entwickeln gemeinsam eine Lösung, die ggf. träger- und regionenübergreifend organisiert wird. Ziel ist es, dass für alle Bremer Bürger*innen mit Eingliederungsbedarf ein passendes Angebot entwickelt wird.

In Bremerhaven fungiert der Psychosoziale Arbeitskreis (PSAK) als GPV. Besonders ist, dass der PSAK im Gegensatz zu Bremen auch für Menschen mit kognitiven Einschränkungen zuständig ist. Alle Leistungserbringer sowie das Sozialamt als Kostenträger sind im PSAK beteiligt. Im Rahmen des PSAK wird die Planung und Umsetzung von Versorgungsangeboten abgestimmt. In Fallkonferenzen, die für Personen mit besonderen Hilfebedarfen durchgeführt werden, sind ebenfalls alle Leistungserbringer sowie der Kostenträger der Eingliederungshilfe beteiligt.

Zur Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrischen Verbände sind zukünftig noch folgende Elemente zu implementieren:

- Landesweit gültige Kooperationsvereinbarung für die GPV
- Landesweit gültige Vereinbarung über die Aufgaben der GPV
- Gemeinsames Beschwerdemanagement auch im Sinne der Qualitätssicherung
- Etablierung von trägerübergreifenden Verfahren der Hilfeplanung für Menschen mit besonderen Problemlagen (z.B. Hilfeplankonferenz)
- Klärung der Möglichkeiten und Erfordernisse für regionalisierte Krisenangebote
- Konsequenter Einbezug von EX-IN Genesungsbegleiter*innen
- Beteiligung von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen an den Gremien

2.2 Transformation

Die Transformation von stationären Behandlungsleistungen in gemeindeorientierte teilstationäre, ambulante und aufsuchende Angebote ist in den letzten Jahren nicht zufriedenstellend vorangekommen. Die Senatorische Behörde sieht hier ausdrücklich einen Schwerpunkt der Versorgung in der sozialen Integration. D.h. die Ausrichtung einer Spezialisierung muss immer in Bezug auf den Menschen und seine individuelle Situation und nicht auf die Diagnose erfolgen.

Ein wichtiger Baustein zur Realisierung der Transformation ist die Umsetzung eines SGB V-§64b Modellprojekts in Bremen. Dies ist aber nicht die einzige Möglichkeit, denn mittlerweile steht mit der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) ein neues Leistungselement zur Verfügung, das die Transformation ermöglicht.

Für die Umsetzung der Transformation sind Konzepte der Krankenhausträger erforderlich, die nicht nur neue Leistungsangebote beschreiben und den Leistungsumfang erweitern, sondern die explizit auf den Umbau der stationären Versorgung in gemeindeorientierte teilstationäre, ambulante und aufsuchende Angebote abzielen. Hier wird die Senatorische Behörde im Rahmen der Landeskrankenhausplanung entsprechende Zielvereinbarungen schließen.

Angepasst an die Besonderheiten der jeweiligen Region und der Aufgabenstellung des jeweiligen Krankenhauses oder Behandlungszentrums bestehen unterschiedliche Transforma-

tionsanforderungen. Insgesamt müssen sich aber alle Erbringer stationärer Leistungen an der Transformation beteiligen.

Kriterien für die Transformation sind:

- Angleichung der Zahl der vollstationären und teilstationären Behandlungsplätze
- Ausbau der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen und der Tageskliniken
- Aufbau von stationsäquivalenter Behandlung (StäB)

Ambulantisierung und Transformation können nicht allein von den Kliniken geleistet werden, dazu ist auch ein aktives Mitgestalten der Eingliederungshelfeträger erforderlich. Dies bedeutet zum einen, eine enge Kooperation mit den anderen Leistungserbringern, um ein gutes regionales Netzwerk aufzubauen. Es bedeutet aber auch, eine verpflichtende Verantwortung für die Versorgung aller Menschen mit Eingliederungshilfebedarf zu übernehmen. Nur so kann verhindert werden, dass Menschen in Kliniken hospitalisieren oder Bremen verlassen müssen, um angemessene Angebote zu finden (siehe 2.1).

2.2.1 Gesundheit Nord

2.2.1.2 Klinikum Bremen Ost

Der Geno hat als Trägerin der kommunalen Kliniken durch die psychiatrische Versorgungsverantwortung für alle Bremer Stadtregionen im Rahmen der Daseinsfürsorge und als Anbieterin der regionalen Sozialpsychiatrischen Dienste eine besondere Rolle bei der Psychiatriereform. Die Geno hat in ihrer Medizinstrategie 2020plus einen Abbau von 50 Klinikbetten bis zum Jahr 2020 angekündigt. Für 2019 Jahr ist mit den Krankenkassen vereinbart worden, sukzessive 20 stationäre Behandlungsplätze zu transformieren.

Damit ist die angestrebte Zielgröße noch nicht erreicht. Es wird erwartet, dass die Geno die zugesagte Umwandlung von 50 Klinikbetten bis zum Jahr 2020 konsequenter verfolgt. Die Klinikleitung ist aufgefordert, im ersten Quartal 2019 ein Konzept vorzulegen wie die Transformation der übrigen 30 stationären Behandlungsplätze in 2019/2020 erfolgen soll. In diesem Konzept muss auch dargelegt werden, wie die vermehrte Zuordnung von Stationen zu Diagnosen, die den Regionenbezug tendenziell auflöst, mit der lebensfeldnahen Leistungserbringung und der regionalen Kooperation der stationären Behandlungseinheiten in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden vereinbar ist, bzw. ob sie zurückgenommen wird.

Das Verhältnis von teilstationären zu stationären Behandlungsangeboten ist mit 1: 1,7 schon sehr positiv.

Der Klinikleitung ist es gelungen, die über lange Zeit angeprangerten Bedingungen auf der Station 63 durch den Umzug in das Haus 3 entscheidend zu verbessern. Daneben ist es auch gelungen, die Zwangsmaßnahmen in den verschiedenen Bereichen der Klinik deutlich zu reduzieren.

Das Modellprojekt „Sektorübergreifende Behandlung“ (SÜB), das die Geno gemeinsam mit der Gapsy und dem ASB durchführt, wird auch in 2019 durch die SWGV gefördert. Das Projekt sieht eine sektorenübergreifende Akutbehandlung von Patient*innen zwischen dem Klinikum Bremen-Ost, der GAPSY und dem ASB vor. Neben der Etablierung von trägerübergreifenden Teams und einer gemeinsamen Behandlungsplanung soll in diesem Rahmen das Angebot „Home Treatment“ weiterentwickelt werden. Seit die Zuordnung der Patient*innen über die psychiatrischen Institutsambulanzen läuft, hat sich die Nutzung des Angebotes verbessert. In 2019 sollen 40 - 60 Patient*innen über das Projekt versorgt werden. Hiermit ist eine gute Grundlage für die weitere Transformation der Klinikbetten im Rahmen Stations-

äquivalenter Behandlung (StäB) und / oder für die Umsetzung eines Modellprojektes nach SGB V § 64b gelegt.

Die Zielgröße für das KBO bis Ende 2020 ist die Transformation von 50 stationären Behandlungsplätzen. Bis 2022 sollen nach Planung der senatorischen Behörde weitere 20 Plätze transformiert werden. Der Transformationsprozeß sollte über den Ausbau tagesklinischer Angebote und Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanz sowie den Aufbau stationsäquivalenter Angebote erfolgen.¹

2.2.1.1 Behandlungszentrum Nord

Das Verhältnis von stationären zu tagesklinischen Plätzen am Behandlungszentrum (BHZ) Nord ist nahezu 1:1. Das System der „Persönlichen Therapeutischen Begleitung“ (PTB) wurde in den letzten Jahren konsolidiert. Es stellt die Beziehungskontinuität über die unterschiedlichen Behandlungsangebote (stationär, teilstationär, ambulant) sicher.

Das BHZ Nord hat bereits wichtige Elemente zur Ambulantisierung umgesetzt. Hierzu gehört vor allem die Zusammenführung der stationären, teilstationären und ambulanten Angebote an einem Ort. Home-Treatment bzw. stationsäquivalente Angebote werden bisher nicht umgesetzt, ein Konzept ist aber bereits entwickelt.

Aufgrund des guten Verhältnisses von stationären und teilstationären Angeboten sollte die Transformation am BHZ Nord primär über StäB und über den Ausbau der PIA erfolgen. Hier sieht die senatorische Behörde eine Transformation von 5 stationären Behandlungsplätzen bis Ende 2020 und weiteren 7 bis 2022 vor².

2.2.2 Ameos Klinikum Dr. Heines (AKH)

Die Behandlung des AKH soll in Zukunft noch stärker auf sozialpsychiatrisch orientierte Psychotherapie ausgerichtet werden. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der naturheilkundlichen Pflege.

Das AKH weist gegenüber den anderen Erbringern stationärer psychiatrischer Leistungen im Land Bremen einige Besonderheiten auf. Die im AKH behandelten Patient*innen kommen zu 40 - 50% aus dem niedersächsischen Umland (in den anderen Klinika sind dies höchstens 12%). Das AKH kooperiert mit verschiedenen GPVs, ist aber keiner speziellen Versorgungsregion zugeordnet. Die regionale Versorgungsverantwortung liegt derzeit ausschließlich bei der Geno.

Trotz dieser Besonderheiten muss die Ambulantisierung und die Transformation stationärer Behandlungsangebote am AKH vorangetrieben werden.

Das Verhältnis von Tagesklinikplätzen zu stationären Plätzen für Bremer Patient*innen liegt bei 1:3,5. Mit dem Poliklinikum in Bremen Mitte wurde bereits ein zweiter Standort (primär zur Versorgung drogenabhängiger Menschen) aufgebaut. Da aber das AKH ansonsten nicht mit eigenen ambulanten und tagesklinischen Angeboten außerhalb der Region Bremen Ost vertreten ist, müssen Optionen geprüft werden, wie sich das AKH, idealerweise in Kooperation mit den Behandlungszentren, an der regionalen Versorgung beteiligt.

Die senatorische Behörde sieht hier eine Transformation von 15 stationären Behandlungsplätzen bis Ende 2020 und weiteren 15 Plätzen bis 2022 durch den Ausbau von Tagesklinikangeboten und der Pia sowie durch den Aufbau von StäB vor³.

¹ Siehe Tabelle im Anhang

² Siehe Tabelle im Anhang

³ Siehe Tabelle im Anhang

2.2.3 Klinikum Bremerhaven Reinkenheide

Das Klinikum Reinkenheide hat mit der wesentlichen Beteiligung an dem Konzept „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ zu der Entwicklung einer sehr guten Grundlage für ein Modellprojekt nach SGB V § 64b beigetragen. Dabei sind auch sehr gute Kooperationsstrukturen in Bremerhaven auf und ausgebaut worden.

Der Schwerpunkt der konzeptionellen Weiterentwicklung am KBR liegt in der Ausrichtung nach Recovery-Prinzipien⁴. Dazu wird einerseits versucht, die stationsäquivalente Behandlung auszuweiten und die Hilfs- und Beratungsangebote stärker in das Lebensumfeld der Patient*innen zu verlagern. Dies erfolgt über die Zusammenarbeit in dem Psychosozialen Arbeitskreis, dem Zentrum für seelische Gesundheit und dem seit 2016 über die Modellprojektförderung aufgebauten Nachtcafé zur niedrigschwelligen Krisenintervention. Home-Treatment-Angebote werden erprobt. Als erste Klinik in Bremen hat das KBR begonnen, ein StäB Angebot aufzubauen. 2018 wurden 10 Patient*innen stationsäquivalent behandelt (hierbei handelt es sich nicht um 10 StäB Plätze, die Krankenhausbetten ersetzen, sondern um die Gesamtzahl der nach StäB behandelten Patient*innen).

Die Behandlung in den tagesklinischen Angeboten hat in den letzten Jahren zugenommen, ebenso die Behandlungen über die psychiatrische Institutsambulanz. Das Verhältnis von tagesklinischen zu stationären Plätzen ist aber mit 1:5 ist sehr unausgewogen, es müssen noch mehr tagesklinische Plätze aufgebaut werden.

Die senatorische Behörde sieht für das KBR eine Transformation von 12 stationären Behandlungsplätzen bis Ende 2020 und weiteren 18 Plätzen bis 2022 durch den Ausbau der Tagesklinischen Angebote und der Pia sowie durch den weiteren Aufbau von StäB vor.⁵

2.2.4 Alternativen

Falls die Transformation im Sinne des Bürgerschaftsbeschlusses und der Deputationsbeschlüsse nicht zeitgerecht umgesetzt werden kann, sollte auch an ergänzenden oder alternativen Lösungen gearbeitet werden. Dies kann die Zuordnungen von Behandlungszentren wie Versorgungsaufträgen betreffen.

2.3 Modellprojekt nach SGB V §64b

2.3.1 Rahmenbedingungen

Gegenstand von Modellvorhaben nach SGB V § 64b ist die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Bundesland soll mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt werden. Die Modellvorhaben sind im Regelfall auf längstens acht Jahre befristet.

Leitgedanken sind hierbei:

- Budgetneutralität

⁴ Recovery kann sinngemäß mit Genesung übersetzt werden. Der Recovery-Ansatz hat nicht allein die Heilung, sondern vor allem die Lebensqualität der Patient*innen auch bei Vorhandensein von Symptomen im Fokus

⁵ Siehe Tabelle im Anhang

- Sektorübergreifende Versorgung
- Ausbau der ambulanten Strukturen durch Transformation der stationären Angebote

Der innovative Gehalt der Modellprojekte besteht darin, dass die Kliniken und andere Leistungserbringer in dem Modellgebiet nach eigener Entscheidung die Patient*innen entweder vollstationär, zu Hause, teilstationär, oder ambulant behandeln. Zwischen den Behandlungsarten kann beliebig gewechselt werden. Die Kliniken erhalten ein festes Budget, das an die Behandlung einer bestimmten Zahl von Patient*innen geknüpft ist, nicht aber an Art oder Dauer der Behandlung.

Mit dem Projekt „Mobile Psychiatrie Bremerhaven“ wurde ein in Deutschland bisher einzigartiges Modell entwickelt, das eine patientenzentrierte, Leistungserbringer-unabhängige Versorgungssteuerung und die Einführung eines Psychriatriebudgets (zunächst für SGB V Leistungen, in der Folge auch für SGB XII Leistungen) vorsieht. Der Projektbericht eignet sich sehr gut als Matrix für Modellvorhaben in Bremen.

2.3.2 Regionale Modellkonzepte

Mit dem „Modellkonzept für eine regionale psychiatrische Behandlung von Menschen mit schweren, akuten und chronischen psychischen Erkrankungen sowie komplexem Hilfebedarf in Bremen am Beispiel der Region Bremen-West“ und dem Konzept „Region Bremen-Ost – Auf dem Weg zu sozialräumlich orientierter psychiatrischer Versorgung“ wird deutlich, dass aus dem Eingliederungshilfebereich und dem ambulanten SGB V Bereich (ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie und integrierte Versorgung) ein sehr großes Interesse an einer ambulanten, häuslichen psychiatrischen Versorgung vorhanden ist und auch die Bereitschaft besteht, sich substantiell und aktiv bei der Umsetzung der Psychiatriereform einzubringen.

2.3.3 Modellkonzepte Geno

Die Geno hat sich verschiedentlich zur Umsetzung eines SGB V §64b Modells verpflichtet. In der Medizinstrategie 2020plus des Zentrums für psychosoziale Medizin wird angekündigt: „Die Einführung eines Regionalbudgets in Form eines Modellprojektes nach § 64b SGB V wird unter Berücksichtigung der Erfahrungen in Bremerhaven konzeptualisiert“.

Die bisher von der Geno vorgelegten Modellkonzepte waren mit den beteiligten Entscheidungsträgern (Krankenkassen und SWGV) noch nicht konsensfähig.

Ende 2018 wird die Geno, auf Basis des Bremerhavener Modellkonzeptes, mit den Kassen in neue Verhandlungen eintreten. Diese Verhandlungen sollen im Februar 2019 aufgenommen werden. Das Gespräch wird durch die senatorische Behörde moderiert.

2.3.4 Haltung Krankenkassen

Die Haltung der einzelnen Kassen zur Umsetzung eines § 64b Modells in Bremen sind unterschiedlich. Einigkeit scheint jedoch darüber zu bestehen, dass an einem reinen „Klinikmodell“ kein Interesse besteht, weil solche Konzepte schon vielfach im Rahmen von §64b-Modellen erprobt wurden und somit keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. Es besteht seitens der Kassen die Anforderung, auch die ambulanten Leistungserbringer (SGB V und Eingliederungshilfe) in das Modell einzubeziehen. Die neutrale Steuerung der Versorgung wird ebenfalls als ein zentrales Element gesehen. Das Modellkonzept aus Bremerhaven erfüllt diese Anforderungen und kann hier als Matrix für ein Projektvorhaben dienen. Die Grün-

derung einer Managementgesellschaft, an der die Umsetzung des Modellvorhabens in Bremerhaven u.a. scheiterte, wird von vielen Kassen nicht als Voraussetzung gesehen.

2.3.5 Umsetzung

Die Umsetzung eines Modellprojektes nach SGB V §64 b ist in einer Stadtregion in Bremen, aber auch regionenübergreifend oder für die ganze Stadt denkbar.

Projekt Bremen Stadt

Die Umsetzung eines Modellprojektes für ganz Bremen hätte die Vorteile:

- Der Umsteuerungsprozess kann im ganzen Klinikum Bremen-Ost in allen Bereichen begonnen werden.
- Alle Bremer Stadtregionen würden sofort in den Umbau der Versorgung einbezogen. Wenn die übrigen Regionen erst nach der Modellförderung einbezogen würden, würde sich der Reformprozess über viele weitere Jahre verzögern. Es liegen bereits sehr differenzierte Modellkonzepte aus den Regionen vor. Damit könnten an den regionalen Ressourcen und Angeboten orientierte Versorgungskonzepte optimal umgesetzt werden.
- Eine Selektion von Patient*innen nach Regionen wäre nicht erforderlich.
- Das Ameos-Klinikum Dr. Heines könnte mit einbezogen werden

Nachteile eines bremenweiten Modellprojektes:

- die Klinik muss ein schlüssiges, überzeugendes Gesamtkonzept vorlegen
- die Kassen favorisieren bisher eine begrenzte Modellregion
- Aufgrund der unterschiedlichen Bedingungen in den Regionen entsteht ein größerer Aufwand für Planung- und Umsetzung.

Projekt regional

Für die Umsetzung eines Modellprojektes in einer Stadtregion bietet sich der Bremer Westen an. Vorteile der Umsetzung im Bremer Westen:

- Es liegt bereits ein Konzept für ein Modellprojekt im Bremer Westen vor, das die Einbeziehung der ambulanten SGB V Angebote und der Eingliederungshilfeangebote (SGB XII) vorsieht. Das Konzept ist bereits bei der Geno vorgestellt, aber noch nicht abgestimmt worden.
- Alle wichtigen Leistungserbringer in diesen Bereichen haben ihre Bereitschaft zur Umsetzung bekundet.
- Alle Stadtteilbeiräte im Bremer Westen haben bereits einstimmig das Konzept unterstützt.
- Es existiert bereits ein gut funktionierender Gemeindepsychiatrischer Verbund im Bremer Westen.

Projekt regionenübergreifend

Für ein regionenübergreifendes Konzept würde sich eine Zusammenführung der Regionen Nord und West anbieten. Das Behandlungszentrum Nord hat sich in den letzten Jahren mit seinem System der Persönlichen Therapeutischen Begleitung (PTB) und durch die Integration von stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen als innovatives Behandlungsangebot bewährt. Die Grundstrukturen der Kooperation sind in dem „Modellkonzept für eine regionale psychiatrische Behandlung von Menschen mit schweren, akuten und chronischen psychischen Erkrankungen sowie komplexem Hilfebedarf in Bremen am Beispiel der Region Bremen-West“ dargelegt. Diese sind kompatibel mit dem Versorgungsangebot in Bremen Nord.

2.3.6 Steuerung

Voraussetzung für eine Steuerung der Behandlungs- und Versorgungsangebote ist eine zentrale Anlaufstelle. Diese sollte nach dem Konzept Bremerhaven das Gemeindepsychiatrische Team sein.

Die Zuweisung in die unterschiedlichen Versorgungs- und Behandlungsangebote sollte regelmäßig durch eine neutrale Fachstelle für SGB V und durch die Steuerungsstelle für SGB XII überprüft werden.

Die Umsetzung eines § 64b-Modellprojektes muss als „agiler Prozess“ gestaltet werden. D.h. das übergreifende Modellkonzept inklusive definierter Ressourcen und festgelegter Meilensteine bildet den Rahmen., Die Umsetzung sollte variabel und an die regionalen Gegebenheiten angepasst werden. Es sollten regelmäßige Feedbackschleifen zum Stand des Projektes in dem entsprechenden Steuerungsgremium installiert und klare Verantwortlichkeiten für die einzelnen Umsetzungsschritte festgelegt werden.

2.3.7 Einbeziehung der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe

Der SGB XII Bereich sollte gleich zu Beginn des Modellprojektes einbezogen werden.

Aufgabenbereiche im Eingliederungsbereich wären:

- Beteiligung an der Krisenintervention
- Versorgungsverpflichtung auch und gerade für Menschen mit komplexen Problemen
- Kooperation mit SGB V im Bereich ACT (Obdachlose, schwer erreichbare Menschen, Bewohner*innen Flüchtlingsunterkünfte, Drehtürpatient*innen)
- Nutzung der Angebote in der Region (Freizeitangebote, Recoverygruppen...) ähnlich SÜB

Über das BTHG ergibt sich auch für den Eingliederungshilfebereich die Möglichkeit eines regionalen Budgets. Mit der Kombination eines § 64b SGB V Modellprojektes und eines Modellprojektes nach § 132 SGB IX ließen sich viele Synergien erzielen und ein innovatives Versorgungsangebot aufbauen.

2.4 Krisenversorgung

2.4.1 Umstellung Krisendienst

Bis zum April 2016 wurde die psychiatrische Krisenversorgung in der Stadt Bremen wochentags von 08:30 Uhr bis 14:00 über die fünf Behandlungszentren erbracht, wochentags ab 14:00 Uhr bis 08:30 Uhr und an Wochenenden und Feiertagen war ein zentraler Krisendienst zuständig. Nach dem Deputationsbeschluss vom 16.11.2015 wurden die Krisendienstzeiten geändert. Die regionalen Behandlungszentren sind seitdem von 08:30 Uhr bis 17:00 Uhr geöffnet, der zentrale Krisendienst ist werktags von 17:00 Uhr bis 21:00 Uhr und an Wochenenden und Feiertagen vom 8:30 Uhr bis 17:00 Uhr im Einsatz.

Neu geschaffen wurden dafür als Modellprojekte mit der Bremer Werkgemeinschaft (BWG) und der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste (Gapsy) zwei Strukturen, die Hilfen in nächtlichen Krisensituationen anbieten:

- ein Nachtcafé, das von 20:00 Uhr bis 01:00 Uhr geöffnet hat
- einen telefonischen, ambulanten und aufsuchenden Krisendienst zu den Schließzeiten des Krisendienstes der Behandlungszentren, der mit psychiatrischen Fachkräften, aber nicht mit Ärzt*innen besetzt ist.

Zusätzlich wird ein Krisenbett bereitgestellt, das dazu dient, für Menschen in Krisen eine Krankenhausaufnahme zu vermeiden. Dieses Angebot gab es vor April 2016 nicht.

Die Zwangseinweisungen haben 2016 erstmals seit vielen Jahren nicht zugenommen. In 2017 war die Zunahme in einem im Vergleich zu den Vorjahren durchschnittlichem Umfang. Unter der Koordination von SWGV trifft sich eine regelmäßige Arbeitsgruppe „Neuorganisation Krisendienst“ aus Vertreter*innen der Klinika, der Gapsy, der Polizei, des Senators für Inneres und dem Ordnungsamt, um Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Krisendienst, Klinika und Polizei zu besprechen, die Entwicklungen zu analysieren und Strategien für die künftige Krisenversorgung zu entwickeln.

2.4.2 Auswertungen

In der AG „Neuorganisation Krisendienst“ wurden die Nutzer*innenzahlen der nächtlichen Krisenangebote sowie die Entwicklung der Unterbringungszahlen, die nachts nach polizeilichen Vorführungen erfolgen, analysiert.

Daraus lässt sich schließen, dass die Struktur des Angebotes am Behandlungszentrum Nord mit der Kombination von stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten an einem Ort und dem Behandlungsansatz der persönlichen therapeutischen Begleitung (PTB) dazu zu führen, dass Menschen das Angebot besser akzeptieren, sich schneller an das Behandlungszentrum wenden und niedrigschwelliger versorgt werden können und so mehr Zwangseinweisungen vermieden werden können.

Das Klinikum Bremen Ost prüft derzeit, ob ein ähnlich strukturiertes niedrigschwelliges Krisenangebot installiert werden kann.

2.4.3 Stand in anderen Bundesländern

Ein 24 Std. ärztlicher Krisendienst wird nach den hier vorliegenden Erkenntnissen in keinem Bundesland vorgehalten. Einige Kommunen und Landkreise halten Krisendienste vor, die rund um die Uhr erreichbar sind und mit erfahrenen Fachkräften ausgestattet sind. Im Bedarfsfall können sie über Bereitschaftsdienste ärztliche psychiatrische Hilfe anfordern. Ebenso gibt es Krisendienste, die nach Dienstschluss der sozialpsychiatrischen Dienste erreichbar sind und ehrenamtlich arbeiten oder mit Geringverdiener- oder Honorarverträgen ausgestattet sind.

Einige Bundesländer halten keinen Krisendienst vor.

2.4.4 Zielperspektive Krisenversorgung

Angestrebtes Ziel ist, dass bei einer erfolgreichen Transformation in jeder Region sozialraumorientierte psychiatrische Akutversorgung stattfindet. Unter dem Dach der Organisationsform der Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) werden durch die verschiedenen beteiligten Träger alle Versorgungselemente in Kooperation vorgehalten. Aufsuchende Arbeit im Sinne einer Home-Treatment-Versorgung, die Möglichkeit einer stationären Aufnahme in regionalen Zentren für seelische Gesundheit, Stationsäquivalente Behandlung, ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie und die Psychiatrische Institutsambulanz sind eng verzahnt mit den Angeboten der Eingliederungshilfe.

Eine derart ausdifferenzierte gemeindepsychiatrische Versorgung ermöglicht sowohl Krisenprävention durch niedrigschwellige, kontinuierliche und lebensweltlich verankerte Hilfen als auch Krisenversorgung rund um die Uhr als Teil der Akutpsychiatrie im Stadtteil.

Eine Verwirklichung der GPV und ein ausdifferenziertes regionales psychiatrisches Angebot bieten zum einen die Möglichkeit niedrigschwelliger, flexibler und schnell einsetzbarer aufsuchender Hilfen tagsüber, was erfahrungsgemäß bereits das Auftreten nächtlicher Krisen re-

duziert. Gleichzeitig werden die durch die Transformation gewährleistete ärztliche Präsenz in den Regionen auch für die nächtliche Krisenversorgung zur Verfügung stehen. Die Erfahrungen aus Bremen-Nord zeigen bereits die Wirksamkeit einer solchen in der Region verankerten Versorgung, die die verschiedenen Angebote vereint.

2.4.5 Krisenversorgung bis zur Umsetzung der Transformation

Solange die Transformation noch nicht ausreichend umgesetzt ist, muss eine Übergangslösung für den Krisendienst geregelt werden.

Für die Krisenintervention wird eine zentrale Rufnummer zur Verfügung stehen.

Die Rufbereitschaft muss gut qualifiziert sein. Für die Rufbereitschaft muss geklärt werden, wie die unterschiedlichen Ressourcen (nächtliche Rufbereitschaft der ambulanten psychiatrischen Pflegedienste, nächtliche Rufbereitschaft bei der Umsetzung von StäB, nächtliche Präsenz in den Wohnheimen, Rufbereitschaft des Betreuten Wohnens...) zusammengeführt werden können. Tagsüber wird die Krisenversorgung durch die regionalen Behandlungszentren in Kooperation mit der Ameos-Klinik, den ambulanten SGB V-Anbietern und Trägern nach SGB XII sichergestellt. Ab 21.00 Uhr wird über eine qualifizierte telefonische Beratung und Information die Situation geklärt und ggf. in die weiterführenden Angebote am nächsten Tag vermittelt. Bei akutem Interventionsbedarf wird an die (regionalen) Krisenangebote weitervermittelt.

Zu den Krisenangeboten gehören:

- Niedrigschwellige Angebote wie derzeit das Nachtcafé oder ein nächtliches Angebot von Wohnheimen
- Krisenbetten in Wohnheimen oder im Rückzugshaus
- Niedrigschwellige Krisenanlaufstellen mit einem gestuften Angebot. Als solches fungiert das Behandlungszentrum Bremen Nord bereits, für das Klinikum muss ebenso ein niedrigschwelliger Empfangsraum aufgebaut werden, zu dem Menschen in Krisen kommen können, um die Krise nachts ambulant zu bearbeiten. Bei intensiverem Bedarf sollte ggf. auch eine Aufnahme im stationären Bereich möglich sein.
- Ein aufsuchendes Krisenteam zusammengesetzt aus Mitarbeiter*innen der Behandlungszentren, der Ameos-Klinik, der ambulanten SGB V Leistungserbringer, der Eingliederungshilfeträger sowie Genesungsbegleiter*innen. Das Krisenteam soll anlassbezogen auf eine Bereitschaft von Ärzt*innen und psychologischen Psychotherapeut*innen zurückgreifen können. Hier erfolgt eine telefonische Beratung, bei erforderlichen Unterbringungen rückt die Bereitschaft aus. Die Verfahrensabläufe bei Unterbringungen müssen mit der Polizei klar geregelt werden.

Bis Ende 2019 laufen die bestehenden Modellprojekte der nächtlichen Krisenversorgung noch in der bestehenden Form. Im Laufe des Jahres 2019 soll die Möglichkeit der Bündelung der vorhandenen Ressourcen - wie oben beschrieben - erarbeitet und organisatorisch umgesetzt werden.

2.5 Informationsangebot

Im Rahmen der Modellprojekte wird ein web-basiertes Informationsangebot etabliert, das über die Gesundheitsämter veröffentlicht werden soll. Die Informationen werden auch als Druckversion vorliegen. Die Informationen werden so aufgearbeitet werden, dass Hilfesuchende orientiert an deren Fragestellungen schnell Informationen zu ihren Bedarfen finden. Das System soll bis Ende 2019 fertiggestellt sein.

2.6 Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen

Die Beteiligung von Genesungsbegleiter*innen an der psychiatrischen Versorgung in Krankenhäusern und bei den freien Trägern hat sich gut entwickelt, soll aber noch weiter ausgebaut werden.

Die Beteiligung von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen an Gremien hat sich nicht zuletzt durch die Einführung des Bundesteilhabegesetzes ausgeweitet.

Für die Zukunft sind jedoch noch folgende Beteiligungen zu etablieren:

- Mitarbeit in allen Gemeindepsychiatrischen Verbänden
- Etablierung eines Fürspracheangebotes in allen Regionen (derzeit wird über Modellmittel ein Fürspracheangebot in Bremerhaven, Bremen-West und Bremen-Mitte etabliert, die anderen Regionen müssen hier in den nächsten zwei Jahren auch Angebote vorhalten)
- Verstärkung der Beteiligung an Planungsgremien der senatorischen Behörde und an internen Gremien der einzelnen Leistungsanbieter

Die Vertretung von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen wird derzeit von einem vergleichsweise kleinen Personenkreis erbracht. Um die Bereitschaft der Beteiligung an Gremienarbeiten zu erhöhen, ist eine Fortbildung für interessierte Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene geplant, die ermutigen und fachlich darauf vorbereiten soll.

2.7 Personalressourcen

Bis Ende 2018 waren für den Bereich Psychiatrie und Sucht drei Personen mit insgesamt 2 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) beschäftigt.

Mit Beginn 2019 wurde eine weitere Kraft mit $\frac{3}{4}$ VZÄ eingestellt. Im Laufe des Jahres ist vorgesehen, das Referat 41 Versorgungsplanung, Landesangelegenheiten Krankenhauswesen, Psychiatrie und Pflege zu teilen und ein eigenes Referat für Psychiatrie und Sucht aufzubauen. Die Ressourcen für diesen Fachbereich sollen weiter ausgebaut werden, um den Anforderungen der Umsetzung der Psychiatriereform in Bremen gerecht zu werden und ein innovatives Versorgungssystem in den Bereichen Sucht und Psychiatrie langfristig zu etablieren.

2.8 Fazit

Mit dem vorliegenden Strategiepapier werden Eckpunkte, Zielsetzungen und Perspektiven zur weiteren Umsetzung der Psychiatriereform in Bremen bis zum Jahr 2022 konkret beschrieben. Das erklärte Ziel aller Maßnahmen ist ein grundsätzlicher Umbau der psychiatrischen Versorgung zu einem regionalen, gemeindeorientierten, ambulanzen- und hometreatment-orientierten System. In wesentlichen Bereichen sind deutliche Umsetzungsschritte festzustellen. Das Tempo muss in der Umwandlung von stationärer und ambulanter Versorgung verstärkt werden. Die Träger sind aufgefordert, die Konzepte in die praktische Umsetzung zu überführen. Die wesentlichen Grundpfeiler der Reform sind der Ausbau der Gemeindepsychiatrischen Verbände, die Transformation stationärer Krankenhausleistungen und die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen.

Der Zeitplan der Umsetzung folgt in Kapitel 3.

3. Arbeitspakete, Meilensteine und Zielzahlen

Die Meilensteine der Psychiatriereform in den Jahren 2019 – 2022 sind:

- Die Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrischen Verbände
- Die Transformation von stationären Behandlungsleistungen in gemeindenahe teilstationäre, ambulante und aufsuchende Angebote
- Die Umsetzung eines SGB V §64b Modellprojektes
- Die Neustrukturierung der Krisenversorgung
- Die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen
- Die Installation eines Informationsangebotes über die psychiatrischen Versorgungs- und Behandlungsangebote im Land Bremen

3.1 Maßnahmeplan

Der Maßnahmeplan ergibt sich aus der Verstärkung der Übernahme der Steuerungsverantwortung für die Psychiatriereform durch die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz.

1. Gemeindepsychiatrische Verbände		
Dauer: 2019 – Ende 2020		
ZIEL	IMPLEMENTIERUNG GEMEINDEPSYCHIATRISCHER VERBÜNDE IN ALLEN BREMER STADTREGIONEN UND IN BREMERHAVEN	
ERGEBNISSE	<ul style="list-style-type: none"> - Abschluss einheitlicher Kooperationsverträge - Umsetzung von Hilfeplankonferenzen - Implementierung Beschwerdemanagement - Regionale Krisenangebote - Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen 	
Aufgabe	Arbeitschritte	Beteiligte
1.1 Abschluss einheitlicher Kooperationsverträge	<ul style="list-style-type: none"> - Erarbeitung eines Vertragsentwurfs in einer Unterarbeitsgruppe - Abstimmung im GPV Workshop III - Abschluss der Verträge in allen Regionen und Bremerhaven 	Alle wesentlichen Leistungserbringer SGB V und Eingliederungshilfe, Landesverband der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen
1.2 Umsetzung von Hilfeplankonferenzen	<ul style="list-style-type: none"> - Erarbeitung des Konzeptes in einer Unterarbeitsgruppe - Abstimmung im GPV Workshop III - Implementierung in allen Regionen und Bremerhaven 	s.o.
1.3 Implementierung Fürsprache	<ul style="list-style-type: none"> - Auswertung der Modellprojekte - Workshop mit den Regionen, die bisher kein Fürspracheangebot haben - Verbindliche Implementierung in allen Regionen 	s.o.
1.4 Beteiligung am Krisendienst	<ul style="list-style-type: none"> - Erarbeitung eines Konzeptes in der AG Krisendienst - Beteiligung am Krisendienst ab 2019 	s.o.
1.5 Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger	<ul style="list-style-type: none"> - Regelung der Beteiligung im Rahmen der Kooperationsvereinbarungen (s.o.) 	s.o.

2. Transformation stationärer Behandlungsleistungen

Dauer: 2019 – Ende 2022

ZIEL	TRANSFORMATION VON CA. 25% DER STATIONÄREN BEHANDLUNGSPLÄTZE IN BREMEN UND BREMERHAVEN	
ERGEBNISSE	<ul style="list-style-type: none"> - Angleichung der Zahl der vollstationären und teilstationären Behandlungsplätze - Ausbau der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanz - Aufbau von stationsäquivalenter Behandlung (StäB) 	
Aufgabe	Arbeitsschritte	Beteiligte
2.1 Zielvereinbarungen	<ul style="list-style-type: none"> - Verhandlungen mit den Krankenhausträgern - Gespräche mit den Kostenträgern - Abschluss von Zielvereinbarungen 	KBO BHZ Nord Ameos KBR
2.2 ggf. Alternativlösungen	<ul style="list-style-type: none"> - Verhandlungen mit den Krankenhausträgern - Gespräche mit den Kostenträgern - Abschluss von Zielvereinbarungen 	KBO BHZ Nord Ameos
2.3 Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> - Umsetzung Teiltransformation I - Umsetzung Teiltransformation II 	KBO BHZ Nord Ameos KBR

3. Umsetzung eines SGB V §64b - Modellprojektes

Dauer: 2019 – Ende 2020

ZIEL	UMSETZUNG EINES MODELLPROJEKTES IN 2020	
ERGEBNISSE	<ul style="list-style-type: none"> - Entscheidung der Modellregion(en) - Beteiligung möglichst vieler Krankenkassen - Einbeziehung SGB V ambulant und Eingliederungshilfe - Regionalbudget Eingliederungshilfe (EGH) 	
Aufgabe	Arbeits Schritte	Beteiligte
3.1 Einigung über Realisierung des Modellprojektes	<ul style="list-style-type: none"> - Gespräch zwischen Geno und Kassenvertreter*innen unter Moderation SWGV - Einigung über Rahmenbedingungen zur Realisierung eines Modellprojektes - Einigung über die Modellregion(en) 	AOK, Barmer; BKK, DAK, HKK; IKK, TK Geno SWGV
3.2 Erarbeitung des Modellkonzeptes	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitsgruppen zu unterschiedlichen Bereichen des Modellkonzeptes - Benennung eines Steuerungsgremiums - Zusammenstellung eines Projektplenums 	s.o. SJFIS SGB V ambulant Kassenärzt*innen Eingliederungshilfe-träger Psychotherapeut*innen ...
3.3 Modellprojekt EGH	<ul style="list-style-type: none"> - Auswahl des/der Leistungserbringer EGH - Abstimmung mit SJFIS - Entwicklung eines Konzeptes für ein regionales Budget - Vertragsabschluss 	SWGV, SJFIS, Leistungserbringer EGH
3.4 Vertragsabschluss SGB V	<ul style="list-style-type: none"> - Vertragsabschluss mit möglichst vielen Kostenträgern 	AOK, Barmer; BKK, DAK, HKK; IKK, TK Geno SGB V ambulant Kassenärzt*innen Psychotherapeut*innen
3.5 Umsetzung SGB V-Modellprojekt	<ul style="list-style-type: none"> - Umsetzung Modellprojekt unter Einbeziehung von SGB V ambulant und Eingliederungshilfe 	s.o.
3.6 Umsetzung EGH Projekt	<ul style="list-style-type: none"> - Vertrag mit SJFIS / SWGV 	EGH, SJFIS, SWGV

4. Krisendienstkonzept

Dauer: 2019

ZIEL	KONZEPT FÜR EIN LEISTUNGSERBRINGERÜBERGREIFENDES KRISENANGEBOT FÜR DIE STADT BREMEN	
ERGEBNISSE	<ul style="list-style-type: none"> - Konzept Krisendienst - Konzept niedrigschwellige Krisenanlaufstelle - Konzept Krisenangebot in Wohnheimen - Beteiligung Kassenärzte, Psychotherapeuten - Klärung Finanzierung 	
Aufgabe	Arbeitschritte	Beteiligte
4.1 Einrichtung AG Krisendienst	<ul style="list-style-type: none"> - Monatliche Sitzungen der AG - Analyse Modellprojekte Nachtcafé und Krisenangebot Gapsy - Fertigstellung Konzept - Klärung der Finanzierung 	SGB V Träger ambulant KBO KBN Ameos Träger Eingliederungshilfe Behandlungszentren Psychotherapeutenkammer Kassenärztliche Vereinigung SWGV
4.2 Unterarbeitsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> - Erstellung Konzept niedrigschwellige Krisenanlaufstelle, Klärung Finanzierung - Konzept Krisenangebot in Wohnheimen, Klärung Finanzierung - Ärztlicher/Psychotherapeutischer Hintergrunddienst 	KBO KBN Ameos Träger Eingliederungshilfe KV, PKHB, SWGV
4.3 Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> - Neues Krisendienstangebot ab 2020 	s.o.

5. Einbeziehung Angehöriger und Psychiatrie-Erfahrener

Dauer: 2019 - 2020

ZIEL	VERBESSERUNG DER BETEILIGUNG PSYCHIATRIE-ERFAHRENER UND ANGEHÖRIGER	
ERGEBNISSE	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeit in allen Gemeindepsychiatrischen Verbänden - Etablierung eines Fürspracheangebotes in allen Regionen - Verstärkung der Beteiligung an Planungsgremien der senatorischen Behörde und an internen Gremien der einzelnen Leistungsanbieter 	
Aufgabe	Arbeitschritte	Beteiligte
5.1 Sicherung der Mitarbeit Angehöriger und Psychiatrie-Erfahrener in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden	<ul style="list-style-type: none"> - Klärung im GPV Workshop III 	Alle wesentlichen Leistungserbringer SGB V und Eingliederungshilfe, Landesverbände der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen
5.2 Fürspracheangebot in allen Regionen	<ul style="list-style-type: none"> - Auswertung der Modellprojekte zu Fürsprache - Vereinbarung über die Implementierung der Fürsprache in allen GPV 	Vertreter*innen aller GPV Landesverbände der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen
5.3 Verstärkung der Beteiligung an Planungsgremien der senatorischen Behörde	<ul style="list-style-type: none"> - Klärung der Beteiligungsmöglichkeiten 	SWGV Landesverbände der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen
5.4 Verstärkung der Beteiligung an internen Gremien der einzelnen Leistungsanbieter	<ul style="list-style-type: none"> - Vereinbarung in der AG Psychiatrie der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände (LAG) 	LAG SWGV Landesverbände der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen
5.5 Schulung Gremienarbeit für Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene	<ul style="list-style-type: none"> - Modellprojekt Schulung Gremienarbeit 	SWGV Fortbildungsträger

6. Implementierung Informationsangebot

Dauer: 2019

ZIEL	INSTALLATION EINES INFORMATIONSANGEBOT ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG IN BREMEN UND BREMERHAVEN	
ERGEBNISSE	<ul style="list-style-type: none">- Informationssystem online- Informationsbroschüre Papierversion	
Aufgabe	Arbeitschritte	Beteiligte
6.1 Entwicklung und Implementierung Informationsangebot	<ul style="list-style-type: none">- Durchführung Modellprojekt	Arbeiter Samariter Bund SWG Gesundheitsamt Bremerhaven

Anhang

Zielzahlen zu den Zielvereinbarungen zwischen der senatorischen Behörde und den Erbringern stationärer psychiatrischer Leistungen:

Transformation stationäre Behandlung (Betten) bis 2022

Träger	Stationäre Plätze			Tagesklinik			Kompensation stationärer Angebote durch StäB und Institutsambulanzen			Transformation stationärer 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*	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

*Berechnung der Patient*innen aus Bremen auf Basis der Landesbezogene Daten nach § 21 Absatz 3 Nr. 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) 2014-2017