

Entwurf (Stand: 01.01.2022)

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

***Neue Psychiatrie im Bremer Westen und das Zentrum für seelische Gesundheit mit
integriertem Krisenort***

Stichworte: Umbau (Transformation) von "Stationär" zu "Ambulant" durch Abbau von Krankenhausbetten und Aufbau ambulanter Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten, Sozialraumorientierung, Bildung multiprofessioneller mobiler Kriseninterventionsteams, Home Treatment, Einführung regionaler Budgets und Schaffung verbindlicher Kooperationsstrukturen bei den beteiligten Leistungsträgern und Leistungserbringern.

Prolog.....	2
1 Das Ziel.....	3
2 Zur Situation.....	4
2.1 (2017/2018).....	4
2.2 (2019/2020/2021).....	7
3 Psychiatrieentwicklung.....	8
4 Die zukünftige Ausrichtung der psychiatrischen Versorgung in Bremen.....	9
4.1 Sozialraumorientierung.....	9
4.2 Offener Dialog.....	10
4.3 Zukünftige inhaltliche Ausrichtung der Versorgung in weiteren Stichworten.....	12
5 Voraussetzungen zur Verwirklichung des Zukunftskonzeptes.....	14
6 Zentraler Ausgangspunkt der zukünftigen regionalen Versorgung in Bremen: Das <i>Zentrum</i>	15
7 Struktur und Aufgaben des regionalen gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV).....	15
8 Regionale Budgetfinanzierung und Steuerung.....	17
9 Modellprojekt „Umbau von stationär zu ambulant in der Region Bremen-West“.....	17
9.1 Nutzung von Erfahrungswerten anderweitig exist. psychiatr. Behandlungsmodelle.....	18
9.2 Personelle Ressourcen für den Umbau (Transformation) von „stationär“ zu „ambulant“	19
10 Der Transformationsprozess und das zukünftige <i>Zentrum für seelische Gesundheit</i>	21
10.1 Der Transformationsprozess in drei Teilschritten.....	22
10.2 Das multiprofessionelle Team des <i>Zentrums</i> ... und seine Aufgabenteilung in Module.....	23
10.3 Behandlungsplanung und Arbeitskontext im <i>Zentrum für seelische Gesundheit</i>	25
10.4 Kundencenter und Verwaltung.....	25
10.5 Einbettung des <i>Zentrums für seelische Gesundheit</i> in den sozialen Raum des Stadtteils....	26
11 Trägerübergreifender Zusammenschluss im Gemeindepsychiatrischen Verbund West.....	26
12 Schlussbemerkung.....	27
Anlagen 1 – 5	28 - 32

***"Die Politik muss in die Inklusion investieren
– in gemeinsames Wohnen, Arbeiten und Leben
und ein Leben von Menschen mit und ohne Behinderungen ermöglichen.
Nur so kann Ausgrenzung und Stigmatisierung vermieden werden"***

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

Prolog

Regionale sozialpsychiatrische und vernetzte Versorgung hat im Bremer Westen Tradition seit den 1980er Jahren. In Form gegossen wurde die Kooperation spätestens 2008, als sich die Klinik und die sog. Komplementärsysteme, die freien Träger, auf eine Geschäftsgrundlage zur Zusammenarbeit im (GPV) Gemeindepsychiatrischen Verbund Bremen-West verständigten. Leitmotiv dabei war die vernetzte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Erarbeitung von Qualitätsstandards, Angebotsstrukturen und Kooperationen in verschiedenen Bereichen.

Ideen, eine Versorgungsstruktur „aus einem Guss“ anbieten zu können, gibt es bereits seit vielen Jahren. Daher war es schlüssig, die Kooperationsstrukturen noch weiter auszubauen und in ein gemeinsames Konzept münden zu lassen, wie es hier vorliegt. Urheber des Konzepts ist nicht der GPV als Zusammenschluss in der jetzigen Form, sondern sind die Träger im GPV-Bremen-West, die das Konzept in der Ursprungsfassung vom 06.12.2017 unterschrieben und an die Gesundheitssenatorin geschickt haben.

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

Bei der Blauen Karawane treffen sich seit März 2017 Psychiatrie-Betroffene, Psychiatrie-Profis, Angehörige und interessierte Bürger*innen im Arbeitskreis „Neue Psychiatrie im Bremer Westen“.

Bei der Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste GmbH (GAPSY) wurde das Thema 2017 in seinen Grundzügen zwischen den Mitarbeiter*innen und mit kooperierenden Ärzt*innen entwickelt, und im selben Jahr wurden die Ergebnisse der "AG Krisendienst und Regionale Versorgung" beim Psychiatriereferenten der Gesundheitssenatorin weitgehend in den vorliegenden Text eingearbeitet.

Die drei genannten Gesprächsrunden führten im Wesentlichen zu ähnlichen Ergebnissen.

Das 2017 vorgelegte Zukunftskonzept nimmt auch die Grundlinien der Bürgerschaftsbeschlüsse und der Berichte des Gesundheitsressorts von 2013 bis 2015¹ mit auf.

Die Konzeptideen entsprechen darüber hinaus sowohl der "S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen"² der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde als auch der UN-Behindertenrechtskonvention³ und dem Landesaktionsplan Bremens⁴ zu deren Umsetzung. Das vorliegende Konzept entspricht darüber hinaus auch den Vorgaben der WHO.

1

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

2 S3 Leitlinien Psychosoziale Therapien: <https://psychiatrietogo.de/2014/09/23/s3-leitlinie-psychosoziale-therapien/>

3 UN-Behindertenrechtskonvention - <https://www.behindertenrechtskonvention.info/>

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

Fünf Anlässe bzw. Ereignisse in den Jahren 2019/2020 waren es vor allem, die dazu führten, das Modellkonzept in seiner ursprünglichen Fassung vom Dezember 2017 in mehreren Schritten neu zu überarbeiten und an die inzwischen veränderte Situation anzupassen.

1. Das von der Gesundheitssenatorin im Januar 2019 veröffentlichte **„Strategiepapier Psychiatriereform“**.
2. Der Beginn der Umsetzung des **BravO-Konzeptes** der *GeNo* (Gesundheit Nord) – zunächst für die Region Bremen Ost ab September 2019.
3. Die **Kündigung** der Rückzugshausverträge durch die beteiligten Krankenkassen **und** die danach folgende **Schließung der Rückzugsräume** der GAPSY im Bremer Westen.
4. Der erste **Fachtag Psychiatrie am 16.10.2020**: Vorstellung des Modell-Konzeptes unter der Bezeichnung „PARDON-Konzept“ (als Reaktion auf das BravO-Konzept und die Schließung der Rückzugsräume) durch den *Arbeitskreis Neue Psychiatrie im Bremer Westen* und die *Blaue Karawane*. (Die Bezeichnung „PARDON-Konzept“ wurde kurze Zeit später wieder fallen gelassen zugunsten des ursprünglichen Namens.)
5. Der zweite **Fachtag Psychiatrie am 09.07.2021**: Befürwortung des Modellkonzepts für die Region Bremen-West und seiner Ziele durch beide senatorische Ressorts (Gesundheit und Soziales), durch die Ortsamtsleitung West sowie die neue psychiatrische Leitung der Klinik Bremen-Ost und weitere eingeladene Fachleute.

Die wesentlichen Inhalte des Ursprungskonzeptes vom Dezember 2017 bleiben durch die zwischenzeitlich vorgenommene Aktualisierung unverändert bestehen.

1 Das Ziel

In diesem Konzept soll die regionale psychiatrische Krisenversorgung als integraler Bestandteil der Transformation von einer vornehmlich bettenorientierten psychiatrischen Versorgung hin zu einem weitestgehend ambulant versorgenden **Zentrum für seelische Gesundheit** in drei Schritten beschrieben werden. Dabei stellt das Krisenhaus (mit einer kleinen Anzahl stationärer Betten) ein Modul neben zwei weiteren dar. Dies sind zum einen das Modul einer Lebensumfeld-nahen Krisenintervention (Kriseninterventionsdienst KID für Menschen in einer akuten psychischen Krise) und zum anderen das Modul der Akut-Tagesklinik, die auch die Funktion einer langfristigen Lebensumfeld-nahen Behandlung erfüllt (Assertive Community Treatment, ACT, für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen).

Die „Zielgruppe“

Die Zielgruppe umfasst schwer akut und chronisch Erkrankte inklusive Menschen mit komplexem Hilfebedarf: psychisch Kranke, Suchtkranke mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen, altersbedingt Erkrankte (u. a. Demenz), geistig behinderte Menschen mit psychischen Krisen u. Ä.. Nach ICD 10 gehören im Schwerpunkt dazu die Diagnosegruppen F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, F3 Affektive Störungen, F4 Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen und F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Patienten der Gerontopsychiatrie und Suchtmedizin können ebenfalls behandelt werden.

Diese Zielgruppe umfasst 1 – 2 % der Erwachsenenbevölkerung. Das entspricht im Bremer Westen ca. 400 – 700 Menschen. Da aber in der Region Bremen West ein überdurchschnittlich hoher Anteil von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in betreuten Wohnformen lebt (mehr als 200 Betreuungsplätze), ist hier die Zielgruppengröße deutlich höher.

Die Menschen dieser Zielgruppe sind in überdurchschnittlich hohem Maße von Armut und Exklusion bedroht: Materielles Existenzminimum, geringe Bildungschancen, Arbeitslosigkeit, prekäre Wohnverhältnisse, fehlende Partnerschaft, eingeschränktes soziales Netzwerk.

2 Zur Situation

2.1 (Bis 2018)

Die Notwendigkeit zu grundlegenden Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung wurde schon vor etlichen Jahren in den Berichten des Senators für Gesundheit⁵ über den Stand der Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen deutlich. In den Berichten wurden u.a. folgende Mängel kritisiert:

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

Nach dem einstimmig gefassten Bürgerschaftsbeschluss vom 13.01.2013 wurden für die Weiterentwicklung der Psychiatriereform⁶ folgende Aufgaben benannt:

- Einrichtung gemeindepsychiatrischer Verbünde.
- Erprobung von Regionalbudgets nach § 64b SGB V
- Einbeziehung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen.
- Festlegung von Steuerungsverantwortung auf den verschiedenen Ebenen der Versorgung.
- Aufbau eines Verbraucherschutzes in der psychiatrischen Versorgung.
- Maßnahmen zur Prävention und Inklusion.

⁵ http://www.gesundheit.bremen.de/https://www.gesundheit.bremen.de/detail.php?template=20_search_d&search%5Bsend%5D=true&lang=de&search%5Bvt%5D=Weiterentwicklung+der+Psychiatriereform+in+Bremen

⁶ <http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Anlage+L-119-18+Weiterentwicklung+der+Psychiatriereform+in+Bremen.pdf>

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

Im Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenkonvention im Lande Bremen vom November 2014⁷ wurden darüber hinaus u.a. folgende Aufgaben benannt:

- Weiterentwicklung der psychiatrischen Behandlungsmodelle in Kliniken in Richtung ambulanter Orientierung.
- Einführung des Leistungstyps "Betreute Beschäftigung".
- Einsatz von ausgebildeten Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern.
- Aufbau von Home Treatment Angeboten.

Im Rahmen des Bürgerschaftsauftrags „Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen – ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept“⁸, das sich auf die Jahre 2013 bis 2021 erstrecken sollte, hatte die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz in den Jahren 2014, 2015 und 2016 der Deputation für Gesundheit drei Berichte⁹ vorgelegt, in denen folgende Aufgaben zur Weiterentwicklung beschrieben wurden:

- Verbesserung des Verbundsystems sowie der Sektor- und Sozialgesetzbuch- übergreifenden Kooperationsstrukturen (bis dato: getrennte Finanzierung für "Ambulant" und "Stationär", getrennte kassenfinanzierte und steuerfinanzierte Hilfesysteme SGB V und SGB XII (nachfolgend IX)) zur kooperativen, personenzentrierten, regionalen Versorgung.
- Abbau stationärer psychiatrischer Betten zugunsten einer vornehmlich ambulant ausgerichteten Versorgung (Home Treatment).
- Spezialisierung in der Krankenhauspsychiatrie nicht zu Lasten der Ambulantisierung und der psychiatrischen Versorgung für Menschen mit schweren akuten und chronischen Erkrankungen führen.
- Inklusive Konzepte gegen die Institutionalisierung im außerklinischen Bereich (Betreutes Wohnen oder Heimunterbringung bis zum Lebensende).

Folgende Handlungsempfehlungen wurden daraus abgeleitet:

- Modelle vor allem für die Zielgruppe der schwer Erkrankten mit komplexem Hilfebedarf. Bevorzugt werden sollten im Ergebnis prospektive Budget-Finanzierungen mit kombiniertem Einbezug von Behandlungsleistungen des SGB V und Eingliederungshilfe des SGB IX (siehe unter anderem Bundesteilhabegesetz).
- Sozialraumorientierung (vgl. Kapitel 5.1).
- Ausbau ambulanter Behandlung bzw. stationsäquivalenter Behandlung in der Häuslichkeit von Patient*innen (Home Treatment) unter Abbau vollstationärer Betten in den Kliniken.
- Aufbau multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams als zentrale Behandlungseinheit.
- Sicherstellung eines regional orientierten Krisendienstes (Rund-um-die Uhr).

⁷ <http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/2015-02-05%20Landesaktionsplan%20UN-BRK%20Endg%FCltige%20Version%20mit%20Fotos.pdf>

⁸ <http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/DG-2015-03-12+Anlage+L-168-18+Depubericht+Weiterentw+Psych+II.pdf>

⁹

http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Anlage%20Depuvorlage%2018.08.2016%20Bericht%20Psychiatrie%20%28Version%2016_08_8%29_final_Freigabe_S_SV_41-1_verschickung.pdf

- Offener Dialog als Behandlungsstandard.
- Festlegung von Versorgungsverpflichtung.
- Ressourcenschonung durch Qualitätssicherung und Vermeidung von Doppelstrukturen.
- Einbezug Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger in die Qualitätssicherung.
- Schaffung von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten, u.a. Umsetzung von Zuverdienst-Projekten ab 2015 und Schaffung eines "Budgets für Arbeit".

Von der Senatorin für Gesundheit, Wissenschaft und Verbraucherschutz war seit 2014 die „Begleitgruppe Psychiatrie“¹⁰ zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform einberufen worden.

Die Begleitgruppe befürwortete, kein vollständig entwickeltes Konzept für Gesamtbremen abzuwarten, sondern sich an der Weiterentwicklung von Ansätzen in einigen Regionen zu beteiligen, die in die politisch und fachlich angestrebte Richtung arbeiten und als Modelle für die Entwicklung in anderen Regionen dienen können:

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

Aber der Reformprozess lief auch weiterhin insgesamt viel zu schleppend. Noch immer wurden und werden Menschen mit einem intensiven Behandlungsbedarf vornehmlich stationär versorgt. Die hohen Kosten veranlassten die Kostenträger, auf kürzere Verweildauern zu drängen, die aber aufgrund des Mangels an intensiven ambulanten Leistungen zu einer erhöhten Wiederaufnahme führten (Diesen Effekt beschrieb auch das Klinikum Bremen Ost). Die Unzufriedenheit bei den Psychiatrie-Betroffenen blieb unverändert hoch.

Nach wie vor galt für Bremen (wie auch anderswo), dass die Versorgungslandschaft gekennzeichnet war durch eine Fehlallokation von Ressourcen, problematischen Anreizeffekten und einem Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Durch die Fragmentierung der Leistungen im gegliederten System der sozialen Sicherung „ist die Fallkoordination äußerst aufwendig und oftmals ungenügend. Alle Instrumente zur Überwindung der mangelnden personenbezogenen Integration der im Quer- und Längsschnitt erforderlichen Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabeleistungen haben sich bisher als wirkungslos erwiesen“ (Ingmar Steinhart, Günter Wienberg in „Rundum ambulant – Funktionales Basismodell psychiatrische Versorgung in der Gemeinde“ (2017)).

10 Begleitgruppe Psychiatrie zur Weiterentwicklung der Psychiatrie im Lande Bremen – Expertengremium der Senatorin für Gesundheit, Wissenschaft und Verbraucherschutz

2.2 (Ab 2019)

Ohne eine trägerübergreifende (Kostenträger, Leistungserbringungsträger, Behörden) Einigung auf die erforderlichen Rahmenbedingungen für die Zusammenführung der verschiedenen Versorgungselemente und für eine damit verbundene sektorübergreifende Organisation und Finanzierung kann es keine sektorübergreifende „Versorgung aus einer Hand“ und keine Transformation der auf belegte Betten bzw. belegte Heim- oder Betreuungsplätze ausgerichteten Versorgung geben.

Für die gewünschte Transformation einer stationären, auf Betten- bzw. Betreuungsplatzbelegung orientierten Versorgung in eine weitestgehend ambulante, Lebensumfeld-nahe und sektorübergreifende Versorgung ist die Einrichtung regionaler Budgets – sowohl den SGB-V-Sektor als auch den SGB-IX-Sektor betreffend – unabdingbar.

Einen Schritt in Richtung Transformation beschrieb das **Strategiepapier Psychiatriereform** der Gesundheitssenatorin im Januar 2019, in dem sie die Steuerungsverantwortung und Zielvereinbarungen und Zielzahlen bis zum Jahr 2022 benannte. Allerdings war damit nur der erste Schritt des angestrebten Abbaus stationärer Psychiatriebetten benannt, während das Ziel des angestrebten Transformationsprozesses (nach Inhalten und Zahlen) nicht benannt wurden.

Ein weiterer Schritt in Richtung **Budgetfinanzierung** war gelungen, indem sich in Bremen 2019 erstmals der Krankenhausträger GeNo, Krankenkassen und die Gesundheitsbehörde darauf verständigt haben, den stationären Ressourcen-Anteil von 20 Betten als Budget kostenneutral für ambulante psychiatrische Arbeit zu nutzen – für die Region Bremen Ost im Rahmen des **BravO-Projektes**. Mit der Ressource von 20 abgebauten stationären Betten wurden formal 25 – 30 Tagesklinikplätze geschaffen, mit denen Patient*innen virtuell aufgenommen und als Home-Treatment-Patient*innen behandelt werden können. Der Vorteil: „BravO“ ist ein Regelversorgungsangebot. Es kann über alle Krankenkassen abgerechnet werden und erfordert keine besonderen finanziellen Rahmenbedingungen. Der wesentliche Nachteil: Mit dem Klinikbudget, das auf wenige Behandlungsplätze beschränkt ist, können nur wenige betroffene Bürger*innen der Region Ost (ca. 100 000 Einwohner*innen) ambulant krisen- und langzeitbehandelt werden. Für die meisten bleibt es weiterhin bei der vornehmlich stationären Versorgung. Seit dem Frühjahr 2021 wird „BravO“ auch auf die Stadtteile Mitte, West und Süd ausgeweitet. Von 11 Stationen sollen noch 8 im Klinikum Ost verbleiben – davon 4 für die jeweiligen Stadtteile. In 4 weiteren Stationen sollen die (diagnosebasierte) „spezialisierte Versorgung aufrechterhalten“ und „die Schwerpunktversorgung sichergestellt werden“. Diese Planung ist zwar ein Widerspruch in sich selbst: einerseits regionalisierte, ambulante, Lebensumfeld-bezogene Versorgung neben andererseits zentralisierter und Diagnose-basiert spezialisierter stationärer Versorgung. Aber: Wenn es gelingt das bisherige, unzureichende und an Platz- und Behandlungsfallzahl gebundene Klinikbudget in ein regionales Budget umzuwandeln, könnte sich „BravO“ als ein wichtiger Zwischenschritt im Transformationsprozess erweisen.

Die Weiterentwicklung des proklamierten Transformationsprozesses wird davon abhängen, mit welcher Konsequenz und mit welchen vereinbarten Zielzahlen und Zeiträumen dem ersten Schritt der Nutzung stationärer Ressourcen weitere folgen.

Ein Erfolg ist, dass jeder der regionalen **Gemeindepsychiatrischen Verbände** jetzt seit 2020 eine **Kooperationsvereinbarung, eine Satzung und einen Auftrag zur Versorgungsverpflichtung** hat. Diese neuen Strukturen müssen jedoch noch mit Leben gefüllt werden. Dazu ist es nötig, dass die Beteiligten (Versorgungsträger und Personen) der Region „auf Augenhöhe“ in den Transformationsprozess bei der Planung und Gestaltung einbezogen werden.

Mit der **Kündigung der Rückzugshausverträge** durch die beteiligten Krankenkassen 2019 und der im März 2020 folgenden **Schließung der Rückzugsräume** der GAPSy an der Helgolander Straße in Bremen-Walle war vielen Patient*innen eine wichtige Alternative zur stationären Krankenhauspsychiatrie entzogen. Das **rief auf breiter Basis Empörung hervor und fachte die Diskussion um ein neues Krisenhauskonzept für den Bremer Westen neu an**, das ohnehin bereits vor der Schließung für erforderlich gehalten wurde.

Aus dieser Diskussion heraus entstand beim *Arbeitskreis „Neue Psychiatrie im Bremer Westen“ der Blauen Karawane* das 2020 erneuerte Modellkonzept unter der Bezeichnung „**PARDON-Konzept**“ (**P**sychiatrie **A**mbulant: **R**ecovery- und **D**ialog-**O**rientierte **N**etzworke**A**rbeit) als Reaktion auf das BravO-Konzept und die Schließung des Rückzugshauses. Die inhaltliche Basis des Modellkonzeptes West vom Dezember 2017 blieb dabei unverändert. Die Absicht war, die Umwandlung (Transformation) des ganzen psychiatrischen Kliniksektors West in mehreren Schritten zu beschreiben – hin zu einem *Zentrum für seelische Gesundheit* mit integriertem Krisenhaus in der Region. Um dieses Konzept einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen und um interessierte Bürger*innen einzuladen, sich an der Weiterentwicklung des Konzeptes zu beteiligen, wurde am 16.10.2020 ein **Fachtag Psychiatrie** veranstaltet: „**Das Krisenhaus und die ersten Schritte zum Zentrum für seelische Gesundheit**“.

Kurz nach diesem ersten Fachtag Psychiatrie wurde die Bezeichnung „PARDON-Konzept“ wieder fallen gelassen zugunsten des alten Namens (**Zukunftskonzept für eine regionale psychiatrische Behandlung und Betreuung am Beispiel Bremen-West**). Fortan standen die Zeichen mehr als zuvor auf Kooperation mit der (neuen) ärztlichen Leitung der psychiatrischen Klinik Bremen-Ost.

3 Psychiatrieentwicklung

International hat sich in der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung gezeigt: Gemeindeorientierte psychiatrische Dienste sind nicht nur leichter nutzbar für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, sie beantworten auch wesentlich effektiver die Bedarfe als psychiatrische Krankenhäuser. (Dr. Benedetto Saraceno, Director of the WHO Mental Health and Substance Abuse Genf 2007)¹¹.

Im Unterschied zu Deutschland gehört Home Treatment in England, Skandinavien, den Niederlanden, Italien, Australien, Neuseeland und den USA¹² zu den elementaren Bestandteilen der psychiatrischen Versorgung¹³. Basis ist die Verlagerung von stationärer Versorgung in ambulante Angebote. Damit ist mobile Krisenintervention rund um die Uhr möglich.

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

Versorgungssysteme, die konsequent von einer bettenorientierten auf eine lebensweltorientierte Versorgung mit ergänzenden stationären Angeboten umgebaut wurden, zeigen insgesamt eine höhere Effizienz und eine bessere Versorgungsqualität wie z.B. eine deutliche Reduzierung von Zwangsbehandlungen, weniger Vergabe von Psychopharmaka und weniger Menschen, die in Heimen oder anderen betreuten Wohnformen versorgt werden müssen (Utschakowski 2002¹⁴).

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

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

- die Wahrscheinlichkeit stationärer Aufnahmen während der akuten Phase geringer ist
- stationäre Behandlungszeiten reduziert sind
- Behandlungsabbrüche seltener sind
- erlebte Belastungen bei den Angehörigen geringer sind
- die Zufriedenheit der Patient*innen und der Angehörigen höher ist
- die Mortalität unverändert ist und
- die Kosteneffektivität der Behandlung höher ist. (S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen)¹⁵

Mittlerweile gibt es eine nennenswerte Anzahl von Modellen, die in der Regel auf eine durch Budgetfinanzierung ermöglichte Ambulantisierung von Kliniken zielen.

Bekanntes Beispiel: Im Kreis Herzogtum-Lauenburg mit einem Einzugsgebiet von 188.000 Einwohnern*innen standen nach Bettenabbau und Transformationsprozess für die stationäre Versorgung nur noch 20 Betten (statt zuvor 60) zur Verfügung. Die durchschnittliche Verweildauer betrug danach nur sieben Tage. Trotzdem war die Wiederaufnahmequote nicht gestiegen. Die Zwangseinweisungsrate konnte innerhalb von sechs Jahren um 60% reduziert und die Dauer der einzelnen Einweisungen verringert werden.

11 http://www.who.int/mental_health/evidence/icd_advisory_group_december_08_summary.pdf

12 https://de.wikipedia.org/wiki/Home_Treatment

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

14 In der Gemeinde. Mit der Gemeinde! Utschakowski 2002

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

4 Die zukünftige Ausrichtung der psychiatrischen Versorgung in Bremen

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

Der politische Wille in Bremen in Verbindung mit der hohen Evidenz für die geforderte neue Struktur fordert einen Paradigmenwechsel.

Es geht um „mehr als um eine bloße Addition bestehender Dienste und Einrichtungen sowie deren forcierte „Ambulantisierung“, sondern um einen völlig neuen Versorgungsmix mit einem eindeutig nicht institutionellen Mittelpunkt.“

(Aus „Rundum ambulant – Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde“ von Ingmar Steinhart und Günther Wienberg, 2017)

Das hier vorliegende Konzept ist eng angelehnt an die Empfehlungen aus dem Standardwerk von Ingmar Steinhart und Günther Wienberg „Rundum ambulant – Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde“ von 2017.

Darüber hinaus folgt das Konzept sowohl den S-3-Leitlinien *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (2018)* als auch der *UN-Behindertenrechtskonvention (2008)* und dem *Landesaktionsplan Bremens zu deren Umsetzung (2014)* sowie den *WHO-Leitlinien (Juni 2021)*.

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

4.1 Sozialraumorientierung

Sozialraumorientierung bezeichnet in erster Linie eine Perspektive, die sich auf die Person und deren soziale Bezüge richtet, und wirft erst in zweiter Linie den Blick auf einen territorialen Zuschnitt (z.B. den Stadtteil). Eine nach dem Fachkonzept Sozialraumorientierung ausgerichtete sozialpsychiatrische Praxis kann insofern auch als subjektorientiert bezeichnet werden. Neben der „fallspezifischen Arbeit“ geht es um die Entwicklung und Kultivierung „fallunspezifischer Arbeit“, um im Sozialraum nicht-professionelle Ressourcen zu aktivieren und zu nutzen.

Das Fachkonzept Sozialraumorientierung

- setzt konsequent am Willen und an den Interessen der Adressat*innen (Patient*innen) an
- aktiviert die Adressat*innen und fördert die Eigeninitiative
- konzentriert sich auf die Ressourcen der Adressat*innen, der im Quartier wohnenden Menschen und des Sozialraums
- verfolgt eine zielgruppen- und bereichsübergreifende Sichtweise
- lebt von der Bereitschaft der handelnden Akteur*innen (Einrichtungen, Dienste, Institutionen, ...), zu kooperieren und sich zu vernetzen (vgl. Hinte 2002, 2006¹⁶)

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

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

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

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

In der sozialräumlich orientierten Praxis werden Antworten auf Bedarfslagen des Individuums und des Stadtteils gesucht (responsive statt possessive Praxis). Um passgenaue Hilfen entwickeln zu können, müssen die in der Lebenswelt der Adressat*innen und die im Stadtteil vorhandenen Ressourcen erkannt, ggf. entwickelt und nutzbar gemacht werden. Voraussetzung ist dabei, dass die professionellen Akteure ihren Blick für die Alltags- und Lebenswelt der Menschen öffnen und die unterstützenden Potenziale des Gemeinwesens wahrnehmen (Ressourcen entdecken durch fallübergreifende und fallunspezifische Arbeit). Dies erfordert die Bereitschaft, die jeweiligen fachlichen Kompetenzen in einen subjektorientierten, sozialräumlich ausgerichteten, interdisziplinären Handlungszusammenhang einbringen zu wollen, und Rahmenbedingungen/Strukturen, die dies auch ermöglichen. Erst die Perspektive, gesetzes- und ressortübergreifend zu arbeiten, ermöglicht eine Praxis, die auf Anforderungen aus dem Feld adäquat (im Sinne der Adressat*innen) reagiert. Im Ergebnis werden die im Stadtteil vorhandenen und genutzten Ressourcen die Hilfs- und Angebotsqualität steigern.

4.2 Offener Dialog

In den 80er Jahren erneuerte eine Gruppe progressiver Psycholog*innen und Psychiater*innen im Norden Finnlands die klassische psychiatrische Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Heraus kam eine Methode, die seit vielen Jahren herausragende Therapieerfolge aufweisen kann: der „Offene Dialog“.

„Offener Dialog“ bezeichnet eine Weise des Sich-in-Beziehung-Setzens, bei der dem Respekt vor dem Anderssein des Anderen besondere Bedeutung zukommt. In einer Begegnung auf Augenhöhe, in der jede*r Teilnehmer*in als Experte*in für seine*ihre Lebenserfahrung ernst genommen wird, ist alles, was gesagt wird, von Bedeutung. Dieses Prinzip soll nicht nur in sogenannten professionellen Kontexten gelten, sondern erweist sich als eine Art zu *sein* und greift damit philosophisch-historisch gewachsene Überlegungen zum Dialog im menschlichen Miteinander auf.

Da der Ausbruch von psychischen Erkrankungen in engen Zusammenhang mit emotionalen Problemen in der zwischenmenschlichen Beziehung gebracht wird, werden die Familie und das Umfeld des*der Klient*in konsequent in den Behandlungskontext miteinbezogen. Im „Offenen Dialog“ ist jede Stimme wichtig – insbesondere die des*der Klientin selbst. In wertschätzender Atmosphäre werden Beziehungen und Bedürfnisse geklärt und damit gesundheitsfördernde Bedingungen in der häuslichen Umgebung geschaffen. Erst, wenn alle Beteiligten auf Augenhöhe gehört worden und miteinander ins Gespräch gekommen sind, können sich tragfähige Lösungen ergeben. Beim „Offenen Dialog“ werden die Probleme als sozial bedingt angesehen und in jedem Gespräch wieder neu erfasst.

Eine stationäre Einweisung in die psychiatrische Klinik wird möglichst umgangen, um Isolation und Stigmatisierung zu vermeiden. Neuroleptika werden nur bei Bedarf in geringen Dosen und zeitlich begrenzt gegeben.

In Bremen sind wesentliche Teile dieses Ansatzes auch unter dem Begriff „Need Adapted Treatment“ NAT bekannt geworden. In verschiedenen Regionen Bremens gibt es seit Jahren umfangreiche Schulungsmaßnahmen bei den sozialpsychiatrischen Trägern.

Die sieben therapeutischen Prinzipien des Offenen Dialogs:

1. Sofortige Hilfe

Nach dem Grundsatz „berührt = geführt“ kümmern sich die Fachkräfte darum, dass **innerhalb von 24 Stunden** nach Eingehen des Hilferufes das erste Netzwerktreffen bei der betroffenen Person oder an einem anderen für sie sicheren Ort stattfindet. Dies ist deshalb so wichtig, weil in den ersten Tagen der Krise die belastenden psychotischen Erfahrungen sehr viel leichter zur Sprache kommen können als später.

2. Einbeziehen des sozialen Netzwerks

Das persönliche Netzwerk der Patient*innen wird als positive Ressource betrachtet und sofort auch bei akuten Psychosen mit einbezogen. Die Familienangehörigen erleben es meist als entlastend, wenn weitere wichtige Personen mit dabei sind, die im Prozess hilfreich sein könnten. Weitere Leistungserbringende wie der*die ambulante Psychotherapeut*in oder EX-IN´ler*in (psychiatrienerfahrene, ausgebildete Peers) sollten ebenfalls mit dabei sein. Wenn im Behandlungsprozess weitere Personen – wie Lehrer*innen oder Arbeitgeber*innen – wichtig werden, können diese zeitweise mit dazu eingeladen werden.

„Bei einer Netzwerk-Perspektive sollten alle in den Prozess integriert werden; denn das Problem ist nur gelöst, wenn alle, die es als solches definiert haben, es nicht mehr als Problem bezeichnen“ (Jaakko Seikkula; Birgitta Alakare (2007): Offene Dialoge. In P.S.P. Lehmann: Statt Psychiatrie 2, S. 234 – 249, Berlin: Antipsychiatrie Verlag).

3. Flexible Einstellung auf die Bedürfnisse

Im Vordergrund stehen die flexible Anpassung an die Sprache, den Stil und die Lebenswelt des*der Betroffenen und seines*ihres Netzwerks. Deshalb gibt es keine festgelegten Behandlungsprogramme; denn jede Krise wird als einmalig betrachtet. Das gilt auch für den zu wählenden Ort des Treffens, der sowohl bei*m der Patient*in zu Hause als auch am Arbeitsplatz oder in der Klinik liegen kann.

4. Verantwortung

Nach einem Hilferuf übernimmt das psychiatrische Behandlungsteam die Verantwortung für die Organisation einer Therapieversammlung. Eine Überweisung an andere Stellen ist nicht vorgesehen. Mit dem Netzwerk und vielleicht zusätzlichen Fachleuten wird gemeinsam der bestmögliche Weg aus der Krise entwickelt.

5. Psychologische Kontinuität

Ein Wechsel von Therapeut*innen sollte weitgehend vermieden werden, um über vereinbarte Zuständigkeit mehr Sicherheit zu vermitteln und damit auch Therapieabbrüche zu verhindern. Ambulante Psychotherapeut*innen sollten bei Bedarf zu den Sitzungen eingeladen werden, da sie einen Teil des vertrauten Netzwerks darstellen.

6. Aushalten von Ungewissheit

Eine Besonderheit des Offenen Dialogs liegt in der Haltung der Therapeut*innen, z.B. auf möglicherweise vorschnelle Diagnosen und Entscheidungen zu verzichten. Diese Toleranz von Ungewissheit setzt voraus, dass jeder Mensch Expert*in für seine*ihre Lebenserfahrung ist.

Das Gespräch ist geprägt durch empathisches, klärendes Nachfragen sowie Verständnis und Vertrauen und verzichtet auf Wertungen. Sicherheit entsteht dabei durch die als sicher erlebte Gesprächssituation, bei der jede*r gehört wird.

7. Förderung des Dialogs

*Der Schwerpunkt liegt auf der Förderung offener Dialoge, die durch eine Veränderung der Haltung des Teams entstehen und nicht durch Versuche, die Patient*innen verändern zu wollen.*

*Dialoge werden als gemeinsames Nachdenken verstanden, bei dem die Betroffenen die Handlungskompetenz für ihr eigenes Leben stärken können. Seikkula spricht hier von „fortgesetztem wechselseitigen Erstaunen“ als Bereitschaft, sich im Gesprächsprozess berühren zu lassen, wodurch Heilsames entsteht. Diese offene und empathische Haltung, die sich auch im Gesprächsprozess ausdrückt (Dr. Werner Schütze: „Niemand von uns weiß, was richtig ist; aber wir können gemeinsam schauen, was jetzt möglich ist“), ist für das Gelingen wichtiger als technische Methoden. Jede Stimme wird gehört – auch die möglicherweise zahlreichen Stimmen innerhalb jedes*r Teilnehmers*in (vertikale Polyphonie).*

4.3 Zukünftige inhaltliche Ausrichtung der Versorgung in weiteren Stichworten¹⁷

- **Systemtransformation** einer zentralisierten, institutionell ausgerichteten und an Bettenbelegung orientierten Krankenhauspsychiatrie in eine regionalisierte, gemeindenahere, an den Bedürfnissen der Bürger ausgerichtete ambulante Versorgung.
- **Einbeziehung von Heim- und Betreuungsplätzen** der Wiedereingliederungsträger in den Transformationsprozess.
- **Umsteuerung verfügbarer Ressourcen** der an der Versorgung beteiligten Träger.
- **Behandlung und Betreuung** weitestgehend **im Lebensumfeld** der Patient*innen auch für Menschen mit akuten Krisen, Home Treatment (akut, kurzfristig, möglichst Vermeidung von stationärer Behandlung, Krisenintervention, 24-stündige Verfügbarkeit an 365 Tagen im Jahr, multiprofessionell).
 - **Modul 1 im zukünftigen Zentrum für seelische Gesundheit.**
(Jeweils ein multiprofessioneller Krisendienst (KID) für die Teilregion Walle/Findorff (KID 1) und für die Teilregion Gröpelingen/Oslebshausen KID 2.)
- **Aufsuchende, langfristige Behandlung mit personeller Kontinuität** (personelle Sicherstellung der *Gatekeeper*-Funktion) für chronisch und schwer psychisch erkrankte Patient*innen, für Menschen mit komplexem Hilfebedarf, *Assertive Community Treatment*¹⁸ (ACT), hochfrequent, multiprofessionelles Team mit *Home-Treatment*- und *Case-Management-Funktionen*¹⁹, 24-stündige Verfügbarkeit an 365 Tagen im Jahr. ACT als integraler Bestandteil eines akut-tagesklinischen Versorgungsangebotes.
 - **Modul 2 im zukünftigen Zentrum für seelische Gesundheit.**
- Bis zu **15 stationäre psychiatrische Betten** für Menschen, die zeitweise nicht in ihrem Lebensumfeld behandelt werden können (Ausstattung als Krisenort bzw. Krisenhaus.)
 - **Modul 3 im zukünftigen Zentrum für seelische Gesundheit.**
- **Fallspezifische Steuerung** mit niederschwelligem Beratungsangebot.
- **Vermeidung von Zwangsmaßnahmen** (Zwangsmaßnahmen nur als „letztes Mittel“).
- **Verhinderung von Fremd- bzw. Fehlplatzierung.**

¹⁷ Kernelemente, die sich in Projekten andernorts in Deutschland bewährt haben

¹⁸ https://en.wikipedia.org/wiki/Assertive_community_treatment

¹⁹ Case-Management = https://de.wikipedia.org/wiki/Case_Manager

- **Orientierung an Methoden und Haltungen des Prinzips des Empowerments²⁰**. Mit Empowerment (Ermächtigung, Übertragung von Verantwortung) bezeichnet man Strategien und Maßnahmen, die den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen oder Gemeinschaften erhöhen sollen und es ihnen ermöglichen, ihre Interessen (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten.
- **Orientierung an Recovery-Praxis und -Methoden²¹**. Das Recovery-Modell ist ein Konzept, welches das Genesungspotential der Betroffenen hervorhebt und unterstützt. Der Begriff Recovery stammt aus dem englischen Sprachraum und kann in etwa mit „Wiedergesundung“ übersetzt werden. In diesem Modell kann Wiedergesundung als persönlicher Prozess gesehen werden, in dem Hoffnung, eine sichere Basis, fördernde zwischenmenschliche Beziehungen, Selbstbestimmung, soziale Integration und Problemlösungskompetenz gefördert und ein Lebenssinn vermittelt wird.
- **Trialogischer²² bzw. tetralogischer²³ Gesprächsansatz „auf Augenhöhe“**. Das bedeutet, dass neben dem Menschen selbst auch dessen bzw. deren Angehörige, Freund*innen u. ä. in den Prozess der Genesung eingebunden werden sollten. In einem tetralogischen Verständnis wird dieses noch um Genesungsbegleiter*innen erweitert.
- **Peer-Support²⁴**, Einbezug von Psychiatrieerfahrenen, Ex-In-Ausgebildeten²⁵, Genesungsbegleiter*innen²⁶ in die praktische Arbeit (und auch bei der Qualitätssicherung).
- **Nutzer*innen-Beteiligung** an allen Prozessen und auch in den Organen des Versorgungssystems. Nutzer*innen-Beteiligung folgt in diesem Verständnis nicht nur demokratischen Prinzipien, sondern fördert Genesungsprozesse auch auf anderen Ebenen, sichert die Interessen der Betroffenen und ist gleichsam fortwährend qualitätssichernd.
- **Aufbau von Beschäftigung (Zuverdienst-Projekte²⁷) außerhalb psychiatrischer Einrichtungen** (Nutzung des Bundesteilhabegesetzes und ggf. auch des "Budgets für Arbeit"²⁸).
- **Sicherstellung fachübergreifender Fortbildung.**
- Sofern für eine Zielgruppe **spezifische therapeutische Kompetenz** aus fachlicher Sicht erforderlich ist, muss diese für den gesamten stationär-ambulanten Versorgungs-Zusammenhang (mit der dann entsprechend großen Zahl von Mitarbeiter*innen) zur Verfügung stehen.
- **Themenorientierte Gruppenangebote** wie z.B. Trauma, Sucht, Empowerment, Medikamentenreduktion u. Ä.. Diese können sowohl durch professionelle als auch durch Peer-Mitarbeiter*innen angeleitet sein.

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

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

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

23 Erweiterung des trialogischen Ansatzes um Genesungsbegleiter*innen

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

25 <http://www.ex-in.de/>, http://www.fokus-fortbildung.de/fortbildung.php?WEBYEP_DI=5

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

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

28 https://de.wikipedia.org/wiki/Budget_f%C3%BCr_Arbeit

5 Voraussetzungen zur Verwirklichung des Zukunftskonzeptes

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

Voraussetzungen und Aufgaben	Zuständigkeit
Paradigmenwechsel von Stationär zu Ambulant	Alle Akteur*innen im Verbund
Bettenabbau in der psychiatrischen Klinik. Nutzung der vormals stationären Ressourcen für den Umbau	GeNo
Abbau/Umbau von Betreuungs- und Wohnheimplätzen im SGB-IX-Bereich, Nutzen der Ressourcen, Schaffung einer Vertrauensbasis, Gegenseitige Offenlegung von für gemeinsame Ressourcennutzung relevanten Zahlen	Freie Träger des SGB-IX-Bereichs
Umwandlung der verordnungsbasierten ambulanten Leistungsangebote wie APP, Soziotherapie oder wie ehemals Rückzugsräume in das Leistungsgeschehen des Regionalen Budgets. (nach Open Dialogue)	Ambulant tätige SGB-V-Träger
Sektorübergreifende Versorgung unter Berücksichtigung der SGBs V, IX, und XI	GeNo, ambulant tätige SGB-V-Träger, freie Träger des SGB-IX-Bereichs, andere Kostenträger
Optimierung des GPVs mit verbindlichen Kooperationsstrukturen. Evtl. trägerübergreifende Zusammenarbeit	GeNo, ambulant tätige SGB-V-Träger, freie Träger des SGB-IX-Bereichs
Schaffung zweier regionalen/r Psychriebudgets (RPB) ²⁹ – nach §64b im SGB-V-Bereich und als Eingliederungshilfe-Budget im SGB-IX-Bereich (Später ggfls. Zusammenführung der RPB`s zu einem gemeinsamen)	Die Ressorts Soziales und Gesundheit sowie Krankenkassen
Verbindliche regionale Versorgungsverpflichtung, insbesondere für schwer, akut und chronisch Erkrankte inkl. Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Dazu sind zu zählen: Psychisch Kranke, Suchtkranke mit psychischen Erkrankungen, altersbedingte Erkrankte (u. a. Demenz), Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Krisen u.Ä.	GeNo, ambulant tätige SGB-V-Träger, freie Träger des SGB-IX-Bereichs, Kostenträger mit Unterstützung/Aufforderung seitens der entsprechenden Ressorts Soziales und Gesundheit
Verhinderung von Fehl- und Fremdplatzierungen, insbesondere außerhalb Bremens	Steuerungsstelle und die Ressorts Soziales und Gesundheit

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

6 Zentraler Ausgangspunkt der zukünftigen regionalen Versorgung in den 5 Regionen in Bremen:

Das Zentrum für seelische Gesundheit

- ist ein Zentrum in jeder Region mit nur noch einem Teil der vorherigen Krankenhausbettenzahl (ein Viertel bis ein Drittel) mit stationären, teilstationären, ambulanten und Krisenhaus-Funktionen – als Ausgangsort der multiprofessionellen Teams für ambulante kurz- und langfristige Behandlung/Betreuung im Lebensumfeld der Patient*innen und für Sozialraum-orientierte Arbeit. (Anzahl der Vollzeitkräfte entspricht der vorherigen Summe der Vollzeitkräfte des regionalen Behandlungszentrums mit den vorherigen stationären, tagesklinischen, institutsambulanten Tätigkeiten und der Vollzeitkräfte des Sozialpsychiatrischen Dienstes³⁰ zuzüglich weiterer Vollzeitkräfte von ambulanten psychiatrischen Diensten, von Eingliederungshelfer*innen und von der Gesundheitsbehörde („Daseinsvorsorge“)).
- benötigt erfahrungsgemäß für je ca. 40.0000 Einwohner*innen jeder Region jeweils ein multiprofessionelles Kriseninterventionsteam³¹.
- vernetzt die multiprofessionelle Arbeit des „Zentrums für seelische Gesundheit“ mit den übrigen Berufsgruppen/Institutionen in der Region.
- psychiatrischen Verbund (Zur Struktur eines Zentrums für seelische Gesundheit und seiner Vernetzung siehe auch als Beispiel das beigefügte Schaubild (Anlage 5) "Zukunftskonzept für eine regionale psychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen am Beispiel Bremen West").

7 Struktur und Aufgaben des regionalen gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV)

(Siehe hierzu auch *Satzung* und *Kooperationsvereinbarung* des GPV, Stand vom 05.02.2020)

- Organisation verbindlicher, vertraglich gesicherter Kooperationsstrukturen und ggf. Gründung eines trägerübergreifenden Zusammenschlusses als Anstellungsträger für das multiprofessionelle Gesamtteam des jeweiligen neuen „Zentrums für seelische Gesundheit“.
 - Um das Ziel einer Versorgung mit Transformation der stationären in ambulante und Sozialraum-bezogene Versorgungsangebote im Rahmen des/der regionalen Psychriatriebudgets (RPB) zu erreichen, bedarf es anstelle einer lockeren Kooperation eines verbindlichen Zusammenschlusses der Leistungserbringer im gemeindepsychiatrischen Verbund.
- Vorbereitung und Unterstützung der Transformation der stationären Behandlung und Betreuung in ambulante, regionale Versorgungsangebote.
- Erstellung eines Leitlinienkataloges.
- Sicherstellung trägerunabhängiger Erstberatung von Patient*innen.
- Durchführung und Etablierung von Hilfeplankonferenzen mittels einer Koordinator*in bzw. einer Fallmanager*in.

30 Die Zahl, die hier zugrunde gelegt wurde, ist runtergerechnet nach den Vollzeitkräften bezogen auf den Bevölkerungsanteil Bremen West

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

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

- Erstellung einer Geschäftsordnung für Hilfeplankonferenzen (HUBIKO: Hilfe-Unterstützungs-Behandlungs-Inklusions-Konferenz) mit (u.a.) den Bestandteilen Assessment, Expert*innen-Teams, Netzwerkorientierung mit dem Prinzip des offenen Dialogs.
- Fallbesprechungen.
- Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Versorgungsangeboten.
- Beteiligung weiterer an der Versorgung Beteiligter und Interessierter aus den Bereichen des SGB V und SGB IX (niedergelassene Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Hausärzt*innen, Betreuer*innen, etc.).
- Beteiligung nichtpsychiatrischer Kooperationspartner (aus den Bereichen Soziales, Kultur, Politik, etc.).
- Beteiligung der Kostenträger.
- Nutzung regionaler Ressourcen zur Versorgung schwer psychisch kranker Patient*innen und von Menschen mit komplexem Hilfebedarf.
- Verhinderung von Langzeitaufenthalten in stationären psychiatrischen Einrichtungen und von Fehl- bzw. Fremdplatzierungen (in Zusammenarbeit mit der jeweiligen Regionalkonferenz und der überregionalen Steuerungsstelle).
- Beteiligung an der Organisation des Krisendienstes.
- Sicherstellung multiprofessioneller Fortbildungsangebote (Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen).
- Qualitätssicherung (Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen).
- Gemeinsames Beschwerdemanagement (auch im Sinne der Qualitätssicherung).
- Mitwirkung bei der Planung, dem Aufbau und der Weiterentwicklung des regionalen Betreuungs- und Behandlungsangebots für schwer und/oder chronisch psychisch Kranke und Menschen mit komplexem Hilfebedarf, für suchtkranke Bürger*innen, Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung, für alterspsychisch bzw. an Demenz erkrankte Menschen und Beratung der zuständigen Entscheidungsträger (Gesundheitssenatorin, Sozialsenatorin, Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V.).
- Erörterung und Stellungnahmen zu Verantwortlichkeit für Aufgabenbereiche und Klärung der Zusammenarbeit.
- Auffinden von Versorgungslücken und Fehlplatzierungen, Verhinderung von Fremdplatzierungen (im Zusammenwirken mit überregionaler Steuerungsstelle).
- Entwicklung neuer Projekte.
- Erstellung von Jahresberichten (für die Zentrale Arbeitsgruppe ZAG).

8 Regionale Budgetfinanzierung und Steuerung

Notwendige Vorbedingungen sind zunächst die Umwandlung der Klinikbudgets (gemäß BravO-Konzept) in ein regionales Budget nach SGB V § 64b (Siehe 2.2, Seite 7 und 5., Seite 14) und die Schaffung von Eingliederungshilfe-Budgets im SGB-IX-Bereich (Siehe 5., Seite 14) – zunächst als getrennte, später ggfls. als gemeinsame regionale Budgets.

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

Die aus dem abgebauten stationären Bereich freigewordenen Ressourcen sind die finanzielle Basis für die Arbeit des neuen „Zentrums für seelische Gesundheit“. Eine trägerunabhängige Steuerungsstelle im GPV stellt sicher, dass für die Krankenkassen/die Kostenträger keine kostenträchtigen Bedarfe neben der im Rahmen des Budgets erfolgenden Versorgung heranwachsen.

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

(Die Wege zu einer neuen regionalen psychiatrischen Versorgung werden in den fünf bremischen Regionen schon deswegen unterschiedlich verlaufen, da bereits gegenwärtig die Voraussetzungen unterschiedlich sind. Dies gilt bekanntermaßen insbesondere für die Region Bremen Nord.)

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

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

9 Modellprojekt "Umbau von stationär zu ambulant in der Region Bremen West"

(Siehe hierzu auch das beigefügte Schaubild – Anlage 5)

Im Folgenden wird ein Konzept für eine zukünftige psychiatrische Versorgung in der Region Bremen West³² beschrieben, das als Modellprojekt (Laufzeit acht Jahre) auf der finanziellen Grundlage eines regionalen Psychriatriebudgets (RPB) basiert.

Die grundlegenden Voraussetzungen für den beschriebenen Umbau sowie inhaltliche und strukturelle Grundgedanken gelten für die Region West ebenso wie für andere Regionen in Bremen.

In den fünf Stadtteilsektoren Bremens leben jeweils zwischen 90.000 und 120.000 Einwohner*innen (z.B. im Bremer Westen 93.000 Einwohner*innen).

Laut Psychiatrieplan 2010³³ wurden für Bremen West an den Behandlungszentren 45 vollstationäre Betten und 21 teilstationäre Plätze vorgehalten. (Anzahl der tagesklinischen Plätze 2020: 30 Plätze)

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

33 https://ssl.bremen.de/gesundheitsamt/sixcms/media.php/13/Landespsychiatrieplan_Bremen_2010.pdf
<http://www.gesundheitsamt.bremen.de/detail.php?gsid=bremen125.c.10733.de>

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

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

9.1 Nutzung von Erfahrungswerten anderweitig existierender psychiatrischer Behandlungsmodelle für einen Kriseninterventionsdienst (KID) und die nachgehende gemeindenahe Behandlung (ACT) im Bremer Westen

Nach dem gemeinsamen Fachkonzept „Regionale psychiatrische Krisenversorgung“ der Kliniken des Bezirks Oberbayern und des Krisendienstes Psychiatrie München vom November 2012 ist bei 1.000 Einwohner*innen jährlich von 9 (München-Süd) bzw. 10,5 (ganz München) Krisenfällen auszugehen.

Es gibt zwar regionale Schwankungen; aber die Zahlen sind in ihrer Größenordnung auf andere – namentlich städtische – Regionen übertragbar.

Demzufolge ist für den Bremer Westen bei 93.000 Einwohner*innen mit ca. 800 – 1.000 Krisenfällen pro Jahr (d.h. 2,2 bis 2,7 pro Tag) zu rechnen.

Nach fachlichen Expertisen (auf die sich auch das Bravo-Konzept stützt) kann ein Kriseninterventionsteam (KI-Team) bei einer Teamstärke von 15 Vollzeitkräften (VK) mit einer Behandlungskapazität von zeitgleich ca. 20 bis 30 Patient*innen eine Population von 40.000 bis 60.000 Einwohner*innen versorgen.

Auf den **Bremer Westen** bezogen bedeutet dies, dass man **für 91.000 Einwohner*innen ein Kriseninterventionsteam mit 23 bis 35 VK (aufgeteilt in zwei Unterteams)** und mit einer Behandlungskapazität von ca. 39 – 58 Patient*innen benötigt.

Legt man die o. g. Häufigkeit des Auftretens von Krisen zugrunde, „dürfte“ eine Behandlung durch das Kriseninterventionsteam durchschnittlich 14 – 26 Tage dauern.

Für die nachgehende gemeindenahe Behandlung (Assertive Community Treatment) kann diesen fachlichen Expertisen zufolge ein (ACT-)Team bei einer Teamstärke von 10 VK mit einer Behandlungskapazität von ca. 200 Patient*innen eine Population von 35.000 bis 40.000 Einwohner*innen versorgen.

Auf den **Bremer Westen** bezogen bedeutet dies, dass **ein ACT-Team (Akuttagesklinikteam) mit 23 bis 27 VK** und einer Behandlungskapazität von ca. 470 bis 530 Patient*innen benötigt wird.

Beide Teams (für KI und ACT) zusammen sollten demnach für die Versorgung von 93.000 Bürger*innen im Bremer Westen eine Stärke von 46 bis 60 VK haben.

Das hier vorliegende Konzept orientiert sich bei der Bemessung der notwendigen personellen Ressourcen und der einzuplanenden Teamstärken (VK) an den von den Expert*innen genannten Erfahrungswerten.

9.2 Personelle Ressourcen für den Umbau (Transformation) von „stationär“ zu „ambulant“ in der Region Bremen West

9.2.1 Personelle Ressourcen der Klinik

Durch den Abbau stationärer Klinikbetten soll erreicht werden, dass die freiwerdenden finanziellen und personellen Ressourcen für einen Auf- und Ausbau der ambulanten Versorgung der Region Bremen West genutzt werden.

Das Personal, welches zuvor in der Klinik im stationären Kontext gearbeitet hat, soll in Zukunft weitestgehend ambulant in einem *Zentrum für Seelische Gesundheit* der Region Bremen West arbeiten.

Der genaue bisherige Personalbedarf für die stationären und teilstationären Behandlungsplätze und die ambulanten Bereiche des Behandlungszentrums West liegt hier noch nicht vor. Bekannt ist aber der Gesamtpersonalbedarf 2016 (Regeldienst + Leitungskräfte + Nachtwachen). Danach wird (anteilig zur Einwohnerzahl im Bremer Westen) von insgesamt 50 VK ausgegangen - davon 34 für den stationären Bereich und 16 für den tagesklinischen und ambulanten Bereich des Behandlungszentrums West.

9.2.2 Personelle Ressourcen aus ambulanten Leistungen nach SGB V

Seit 2001 versorgte die GAPSY in der Region Bremen West Patient*innen mit Regelleistungsangeboten nach SGB V. Das sind Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) und Soziotherapie. Darüber hinaus hatte die GAPSY mit unterschiedlichen Krankenkassen besondere Versorgungsverträge abgeschlossen.

Insgesamt versorgte die GAPSY im Bremer Westen bis Anfang 2020 ca. 100 Menschen pro Monat aufsuchend im Lebensumfeld. (Die für die GAPSY und den jetzigen Nachfolgeträger *Bremer Werkgemeinschaft (BWG)* und ihre Versorgungsleistungen seit 2020 eingetretenen Veränderungen und Folgewirkungen konnten hier mangels vorhandener Daten nicht berücksichtigt werden.)

Die GAPSY rechnete ihre Leistungen über Einzelfallpreise, Fallpauschalen und Zuwendungsmittel ab. Für den Bremer Westen waren bis Anfang 2020 8-10 Vollzeitkräfte in der ambulanten Versorgung tätig. Im inzwischen geschlossenen Rückzugshaus arbeiteten bis zu diesem Zeitpunkt zusätzliche 8 Vollzeitkräfte. 4,5 weitere Vollzeitkräfte waren bis zu diesem Zeitpunkt im Kriseninterventionsteam der GAPSY tätig - mit Aufgaben im gesamten Stadtgebiet.

Im Falle einer Einigung mit den Kostenträgern könnte die bis 2020 bestehende personelle Ressource für die Versorgungsleistungen der GAPSY – einschließlich der Ressource aus der Krisenversorgung im ehemaligen Rückzugshaus (12,5 VK) - in ein neu erstelltes regionales Budget einfließen.

Weitere Personelle Ressourcen würden sich ergeben, wenn sich weitere im SGB-V-Bereich ambulant tätige Träger beteiligen würden.

9.2.3 Ressourcen von den freien Trägern aus dem Bereich der Eingliederungshilfe (SGB-IX-Leistungen)

Die freien Träger der Eingliederungshilfe verfügen über weitreichende Vernetzung und fachliche Qualitätsstandards sowie über eine große Erfahrung und auch infrastrukturelle Möglichkeiten, die sie der gemeinsamen Versorgung gemäß dem Zukunftskonzept zur Verfügung stellen können.

Zu nennen sind an dieser Stelle:

- Langjährig geschultes und qualifiziertes Personal mit zum Teil unterschiedlichen Qualifikationen

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

- Vernetzung und gemeinsame Projekte in unterschiedlichsten Bereichen, die auch wesentlicher Bestandteil vom Gemeindepsychiatrischen Verbund West (GPV-West) sind:
 - langjährige Kooperation in Fort- und Weiterbildung,
 - Erarbeitung von einheitlichen Standards, Sprache, Zielen und Methoden (hier sei exemplarisch NAT bzw. 'Offener Dialog' genannt)
- Koordination und Verknüpfung von Leistungen für Anspruchsberechtigte (auch über den Bereich der Eingliederungshilfe (SGB IX) hinaus)
- Erfahrung in der Akquise von Drittmitteln, bspw. Aktion Mensch, EU-Mittel u.Ä.
- Eine gut ausgebaute Infrastruktur in Bezug auf verschiedenste Wohnraumangebote, Begegnungsräumen, Fahrzeugen u.Ä.
- Inklusive, zum Teil gemeinsame Freizeitangebote
- Verschiedene Möglichkeiten für Arbeit und Beschäftigung (z.B. ArBiS, GiB, Tagesstätten usw.)
- Implementierung bzw. Ausbau von Ex-In-Genesungsbegleitung sowie Ausbau von Trialog bzw. Tetralog.
- Übergreifende Gruppenangebote für Nutzer*innen im Sinne von *Recovery*, *Empowerment* sowie themenzentrierte Gruppen (z.B. Trauma, Sucht, Medikationsreduktion, gutes Leben usw.)
- Bestehende Beteiligung an Nachtangeboten und KID
- Verlagerung von ambulanten Betreuungsleistungen inklusive Personalressourcen der Anbieter von Eingliederungshilfeleistungen in das *Zentrum für seelische Gesundheit*. (Ein solcher Transformationsschritt liegt auch schon deshalb nahe, weil in den vergangenen Jahren ein erheblicher Anteil des Rückzugshausangebotes von Nutzer*innen aus betreuten Wohneinrichtungen wahrgenommen wurde.)

Bei dem hier vorliegenden Konzept geht es darum, die Versorgungs- und die fachlichen Arbeitsformen für die genannte Klientel zu ändern: Es geht um eine Transformation von der einzelfallorientierten Betreuung von „Bewohner*innen“ auf feststehenden „Wohnplätzen“ hin zu einer ambulanten, budgetfinanzierten und kostenneutralen Versorgung von „Bürger*innen“ in der Region (Kostenneutralität durch die Ressourcen aus der Reduzierung/Umwandlung von betreuten Wohnplätzen).

Dies gilt für alle Träger der Eingliederungshilfe im regionalen Einzugsgebiet (anteilig).

Sofern die Umwandlung in entsprechende neue Leistungstypen seitens der Kostenträger anerkannt wird, könnten die Träger im Bremer Westen ihre pädagogischen Mitarbeiter*innen einbringen.

Derzeit verfügen die Träger im Westen über eine Mitarbeiter*innen-Zahl von insgesamt 40,8 VK.

Bei einer im Rahmen der Umwandlung erfolgenden Reduzierung der im Bremer Westen überdurchschnittlich hohen Anzahl von Plätzen für betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen (lt. Bericht der Steuerungsstelle von 2014 sind das 240 Plätze) um beispielsweise zunächst 63 Betreuungsplätze könnte bei einem Betreuungsschlüssel von durchschnittlich 1:6,3 die Ressource von 10 VK in ein gemeinsames Budget einfließen. Danach läge die Anzahl der Plätze für betreutes Wohnen im Bremer Westen immer noch über dem Bremer Durchschnitt.

10 Der Transformationsprozess und das zukünftige

Zentrum für seelische Gesundheit mit integriertem Krisenort

Die multiprofessionelle Arbeit in einem zukünftigen *Zentrum für seelische Gesundheit* wird sich weitgehend verändern. Sowohl akute Krisenversorgung wie langfristige Behandlung/Betreuung in personeller Kontinuität werden im neuen Zentrum durch die Verbindung von Ambulanz, (Akut-)Tagesklinik und *Home Treatment* gewährleistet sein. Auch die Verbindung mit dem integrierten stationären Bereich (dem Krisenhaus) am selben Ort wird offen und flexibel gehandhabt werden.

Das hier vorliegende Konzept folgt in seiner inhaltlichen Logik dem Strategiepapier Psychiatriereform der Gesundheitssenatorin vom Januar 2019. Dort sind die Zielvereinbarungen und Zielzahlen der ersten Schritte des beschlossenen Transformationsprozesses für die psychiatrische Versorgung in Bremen bis zum Jahr 2022 benannt worden.

Hier werden diese ersten Schritte anteilsbezogen auf die Region Bremen West übertragen und dann ergänzt um die weiteren Schritte bis zu einer Transformation von insgesamt zwei Dritteln der für die Region West anteiligen Bettenplätze im Klinikum Bremen Ost – in einem bis zum Jahr 2028 veranschlagten Prozess-Zeitraum.

Wie dieses Ziel erreicht werden kann, soll in den folgenden Abschnitten 10.1 (Teilschritte des Transformationsprozesses) und 10.2 (Aufgabenteilung des multiprofessionellen Teams im Zentrum für seelische Gesundheit) beschrieben werden.

Die Zielzahlen der Transformation der Bettenbelegungsplätze und die Anzahl der dafür benötigten Mitarbeiter*innen (in VK) entsprechen in der Summe sowohl dem mit diesem Konzept vorgegebenen Ziel als auch **den** im Abschnitt 9.1 wiedergegebenen **Expertisen** und Erfahrungswerten **anderweitig existierender psychiatrischer Modelle für Krisenversorgung**.

Die im Einzelnen genannten Zahlen für die Verteilung der Behandlungsplätze bei den Transformationsschritten und für die Aufteilung der Mitarbeiter*innen in den Teams nach Berufsgruppen, wie sie in den Abschnitten 10.1 und 10.2 und auch in den Tabellen der Anlagen 1 bis 4 wiedergegeben sind, **sind als exemplarisch zu verstehen** und können sich in der Zusammensetzung natürlich auch anders ergeben.

Zusammengefasst führt der Transformationsprozess mit dem Krisenhaus und der Akut-Tagesklinik im *Zentrum für seelische Gesundheit* zu einer

- **Transformation von zwei Dritteln der 45 stationären Bettenbehandlungsplätze** in akuttagesklinische und ambulante Behandlungsplätze.
- **Verlagerung der verbleibenden stationären Plätze in das im *Zentrum für seelische Gesundheit* integrierte Krisenhaus.**
- **Umwandlung des Behandlungszentrums West** mit Tagesklinik, sozialpsychiatrischem Dienst und Institutsambulanz **in das neue *Zentrum für seelische Gesundheit*.**
- **Transformation von (zunächst 63) Wohnbetreuungsplätzen** im Bremer Westen **in eine ambulante, budgetfinanzierte Versorgung** von Bürger*innen in der Region **durch das *Zentrum für seelische Gesundheit*.**

10.1 Der Transformationsprozess in drei Teilschritten

(Siehe Anlagen 1 – 4)

10.1.1 1. Teilschritt (2020 – 2022)

- Aufbau des Krisenhauses im zukünftigen *Zentrum für seelische Gesundheit* mit zunächst zehn Betten (Verlagerung aus der Klinik Bremen-Ost).
Multiprofessionelles gemischtes Team mit 16 VK: z.B. 5 VK aus der psychiatrischen Klinik, 2 VK über die senatorische Behörde (Daseinsvorsorge), 4 VK von Eingliederungshelfeträgern, 5 VK von ambulant tätigen SGB-V-Trägern. (Siehe tabellarische Darstellung der Anlage 2)
- Abbau von 16 stationären Behandlungsplätzen mit Aufstockung der tagesklinischen Plätze um 8 Plätze auf 38 Behandlungsplätze (davon 23 im Behandlungszentrum West und 15 im *Zentrum für seelische Gesundheit*. (siehe Anlage 1)
- Kompensation von 8 Behandlungsplätzen für ambulante Krisenversorgung durch Transformation. (Siehe Anlage 1)
- Somit Transformation von 16 stationären Behandlungsplätzen in tagesklinische und ambulante "Behandlungsplätze". (Anlage 1)
- Aufbau von 15 Akut-Tagesklinik-Plätzen im *zukünftigen Zentrum für seelische Gesundheit* mit Komm- und Geh- Struktur, auch mit ACT-Funktion (*Assertive Community Treatment, Home Treatment*, langfristige kontinuierliche Behandlung für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen, anfangs eventuell auch hochfrequent (24 Std./7 Tage), Team mit *Case-Management*-Funktion, multiprofessionell gemischt, 12 VK: z.B. 7 VK aus der psychiatrischen Klinik, 3 VK von ambulant tätigen SGB-V-Trägern, 2 VK von Eingliederungshelfeträgern. (Anlagen 1 und 2)
- Aufbau eines mobilen Kriseninterventionsteams für Bremen-West, zunächst mit 12 VK (bspw. davon 3 VK aus der Ressource der Kompensation stationärer Plätze, 4 VK von Eingliederungshelfeträgern, 5 VK von ambulant tätigen SGB-V-Trägern. (Anlage 2)
Die Zusammenarbeit des KID-Teilteams und des Akut-TK-Teilteams erfolgt im Rahmen eines Gesamtteams mit koordinierter Aufgabenteilung.

10.1.2 2. Teilschritt (2023 -2025)

- Aufstockung des Krisenhauses von 10 auf 15 Betten (Verlagerung aus der Klinik Bremen-Ost). (Anlage 1)
- Behandlung durch 22 VK – gemischtes Team (bspw. jetzt 11 VK aus der Klinik, 2 VK über die Behörde (Daseinsvorsorge), 4 VK von Eingliederungshelfeträgern, 5 VK von ambulant tätigen SGB-V-Trägern. (Anlage 2)
- Abbau von weiteren 14 stationären Behandlungsplätzen und Aufstockung der tagesklinischen Behandlung um 7 Behandlungsplätze auf 45 (davon weiterhin 23 im Behandlungszentrum West und jetzt 22 im „*Zentrum für seelische Gesundheit*“). (Anlage 1)
- Kompensation von weiteren 7 stationären Behandlungsplätzen durch Transformation. (Anlage1)
- Transformation von (insgesamt) 30 stationären Behandlungsplätzen. (Anlage 1)

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

- Aufstockung der Akut-Tagesklinik im *Zentrum für seelische Gesundheit* (mit ACT-Funktion) um weitere 7 Plätze auf jetzt 22 akut-tagesklinische Behandlungsplätze. Behandlung durch gemischtes Team, mit 2 VK aus der Klinik aufgestockt von 12 auf 14 VK. (Anlagen 1 und 2)
- Aufstockung des mobilen multiprofessionellen Kriseninterventionsdienstes von zuvor 12 auf jetzt 26 VK (davon 17 durch Kompensation stationärer Plätze durch Transformation, sowie 5 VK von ambulanten SGB-V-Trägern und 4 VK von Eingliederungshilfeträgern. (Anlagen 1 und 2)
- Aufteilung des mobilen Kriseninterventionsdienstes auf 2 Unterteams: KID 1 (Kriseninterventionsdienst 1) mit 15,5 VK für die Bereiche Walle/Findorff (55.000 Einwohner) und KID 2 (Kriseninterventionsdienst 2) mit 10,5 VK für Gröpelingen/Oslebshausen (36.000 Einwohner). (Anlage 2)
Beide Unterteams arbeiten im Rahmen eines Gesamtteams mit dem ACT-Team zusammen.

10.1.3 3. Teilschritt (2026 – 2028)

- Aufstockung der Akut-Tagesklinik mit ACT-Funktion im Zentrum für seelische Gesundheit von 22 (um 23 Plätze aus dem BHZ-West) auf jetzt 45 Behandlungsplätze und damit Komplettierung der Umwandlung des Behandlungszentrums West ins *Zentrum für seelische Gesundheit* Bremen West. (Anlage 1)

In den Tabellen der Anlagen sind die 3 Schritte des Transformationsprozesses zur Veranschaulichung in "Zielzahlen" (als Beispiel, nicht als Festlegung) wiedergegeben.

Die Anlage 3 zeigt eine mögliche Aufteilung der VK der multiprofessionellen Teilteams nach Berufsgruppen sowie eine mögliche Aufteilung der VK auf 3 Schichten.

10.2 Das multiprofessionelle Team des *Zentrums für seelische Gesundheit* West und seine Aufgabenteilung in Module nach erfolgter Transformation 2028

(Siehe Anlagen 2 – 4)

8 Ärzt*innen, bis zu 37 Pflegekräfte, 7 Ergotherapeut*innen, 5,5 Diplompsycholog*innen, 5,5 Sozialdienstkräfte, 1 Bewegungstherapeut*in sowie 11 Ex-In-Genesungsbegleiter*innen – zusammen 50 Vollzeitkräfte können aus dem jetzigen stationären Kontext in das Zentrum für seelische Gesundheit wechseln und dort vorwiegend ambulant arbeiten.

Hinzu kommen 2 Vollzeitkräfte, die über die Gesundheitsbehörde ("Daseinsvorsorge") finanziert werden, 9 Vollzeitkräfte über die GAPSY sowie 8 Vollzeitkräfte über die Eingliederungshilfeträger.

Summe der Vollzeitkräfte insgesamt: 75

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

Die inhaltliche Ausrichtung und die Leitlinien gelten wie auf Seite 3 und 4 beschrieben (Zukünftige inhaltliche Ausrichtung der psychiatrischen Krisenversorgung und des Zentrums für seelische Gesundheit in Stichworten).

Die Arbeit des gesamten Teams gliedert sich in drei Aufgabenbereiche (Module), zwischen denen einzelne Mitarbeiter*innen bei Bedarf auch wechseln können.

10.2.1 Modul 1:

Mobiles Kriseninterventionsteam 1 und 2

Lt. Expertenmeinung ist der Einzugsbereich für ein mobiles Kriseninterventionsteam größenordnungsmäßig auf etwa 40.000 Einwohner*innen anzusetzen, sodass in Bremen West zwei mobile Kriseninterventionsteams zu installieren sind, die zum Zentrum für seelische Gesundheit West gehören: Kriseninterventionsteam 1 und 2 (KID 1, KID 2).

Beide Teams sind zuständig für akute ambulante Krisenintervention rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr: *Home Treatment*, möglichst Vermeidung von stationären Aufenthalten, kurzfristig, multiprofessionell, Beendigung nach Ende der Krise, *Gatekeeper*-Funktion, d.h. Begleitung und Steuerung in die weiterführende Behandlung.

Aus dem Mitarbeiter*innen-Pool werden zwei mobile Kriseninterventionsteams gebildet, KID 1 für Walle/Findorff (56.500 Einwohner*innen) und KID 2 für Gröpelingen/Oslebshausen (36.500 Einwohner*innen).

KID 1:

1 Arzt bzw. 1 Ärztin, 9 Pflegekräfte, 1 Psycholog*in, 1 Sozialarbeiter*in, 2 Ex-In-Genesungsbegleiter*innen (insgesamt 15,5 VK)

KID 2:

1 Arzt bzw. 1 Ärztin, 4 Pflegekräfte, 1 Psycholog*in, 1 Sozialarbeiter*in, 2 Ex-In-Genesungsbegleiter*innen (insgesamt 10,5 VK).

10.2.2 Modul 2:

Team für langfristige kontinuierliche Behandlung für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen (Akut-Tagesklinik mit ACT-Funktion)

Home Treatment, Assertive Community Treatment, hochfrequent, 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr, multiprofessionell, personelle Kontinuität, Vermeidung und Behandlung von Rückfällen, Team mit *Case-Management-Funktion*. *Gatekeeper*-Funktion, d.h. Begleitungs- und Steuerungsfunktion für die weitere Versorgung.

Das berufsübergreifende Mitarbeiter*innen-Team:

3 Ärzt*innen, 11 Pflegekräfte, 4 Ergotherapeut*innen, 1,5 Psycholog*innen, 1,5 Sozialarbeiter*innen, 1 Bewegungstherapeut*in, 4 Ex-In-Genesungsbegleiter*innen (insgesamt 26 VK).

10.2.3 Modul 3:

Team für die Behandlung von Menschen mit akuten und schweren psychischen Erkrankungen/Krisen, die zeitweise nicht in ihrem Lebensumfeld behandelt werden können und eines stationären Aufenthaltes im Krisenhaus bedürfen

Bis zu 15 Betten können im Krisenhaus belegt werden. Aus dem Mitarbeiter*innen-Pool wird ein Team von 23 Mitarbeiter*innen gebildet mit 3 Ärzten*innen, 12 Pflegekräften, 2 Ergotherapeut*innen, 1 Psycholog*in, 2 Sozialarbeiter*innen und 3 Ex-In-Genesungsbegleiter*innen (insgesamt 23 VK).

Die Arbeitsbereiche der drei Module arbeiten nicht voneinander isoliert sondern kooperieren miteinander und ermöglichen Übergänge.

10.3 Behandlungsplanung und Arbeitskontext im *Zentrum für seelische Gesundheit*

Die folgende Beschreibung, wie die verschiedenen Bereiche miteinander vernetzt arbeiten könnten, ist exemplarisch. Im Laufe der Umsetzung werden sich zwangsläufig Veränderungen ergeben.

Die multiprofessionellen Teams der drei Module arbeiten in einem 3-Schichtensystem: Früh-, Spät- und Nachtschicht. Modulübergreifend gilt das Bezugspersonensystem. Die Mitarbeiter*innen für das **Modul 1 (ambulante Krisenintervention)** machen ihre Besuche bzw. **Netzwerkgespräche in der Regel zu zweit**. Sie bilden mit den Mitarbeiter*innen des **Moduls 2 (Akut-Tagesklinik mit ACT-Funktion für langfristige kontinuierliche Behandlung)** ein gemeinsames Team, in dem sie von Zeit zu Zeit von einem in das andere Modul wechseln. **Alle Mitarbeiter*innen folgen** in ihrer Arbeit dem Grundgedanken der Behandlungskontinuität und **der Idee des Offenen Dialogs**.

Der Tag in der Akut-Tagesklinik beginnt jeweils mit einer Morgenrunde und endet mit einer Abschlussrunde. Gruppengespräche erfolgen regelmäßig zu festen Zeiten. Einzel-, Paar- und Netzwerkgespräche erfolgen bei Bedarf. Weitere therapeutische Aktivitäten finden entweder auf dem Gelände des *Zentrums für seelische Gesundheit*, möglichst aber draußen im Stadtteil statt (für Beschäftigung, Nutzung von „Nischen“ und von gewohnten Tätigkeitsfeldern).

Wichtige Rollen im Tagesablauf spielen u.a. das Thema „Essen“ (Einkaufsplanung, Einkauf, Kochen, Essen, Abwaschen) und das Thema des „Sauberhaltens von Räumen und Gelände“. Beide Tätigkeitsfelder können unter Anleitung von Fachkräften sehr gut in das Therapieangebot eingebaut werden.

(Ggf. lässt sich auf dem dafür geeigneten Grundstück auch ein Gartenbereich aufbauen.)

Teamgespräche für die Mitarbeiter*innen zu den Tagesaktualitäten und der Behandlungsplanung finden in den Schicht-überlappenden Zeiten (mittags und abends) statt.

Auch die Mitarbeiter*innen des **3. Moduls (stationärer Bereich, „Krisenhaus“)** arbeiten im 3-Schichten-System. Auch hier gilt – nach Möglichkeit – das Prinzip der Behandlungskontinuität.

Der Tag beginnt mit einer Morgenrunde und endet mit einer Abschlussrunde. Je nach Möglichkeit können die „stationären“ Patient*innen am Tagesgeschehen der Akut-Tagesklinik und ggf. auch an Außenaktivitäten teilnehmen. Auf der Station erfolgen regelmäßige Gruppengespräche zu festen Zeiten und nach Bedarf Einzel-, Paar- oder auch Netzwerkgespräche. Auch im stationären Bereich wird das Thema „Kochen und Essen“ unter Anleitung therapeutisch genutzt.

Teamgespräche für die Mitarbeiter*innen zu den Tagesaktualitäten und zur Behandlungsplanung finden in den Schicht-überlappenden Zeiten (mittags und abends) statt.

Je nach Lage der aktuellen Belegung bzw. der freien Aktivitätsvalenzen können Mitarbeiter*innen auch mal zwischen den Modulen 3 und 2 wechseln.

10.4 Kundencenter und Verwaltung

Das **Kundencenter ist** – wie die multiprofessionellen Teams - **Teil des operativen Bereichs** und Anlaufstelle für alle am Behandlungsprozess beteiligten Personen/Institutionen:

- Patient*innen,
- Angehörige,
- Bezugspersonen,
- Mitarbeiter*innen,
- Krankenhäuser,
- Ärzt*innen,
- Psychotherapeut*innen,
- Krankenkassen (Abrechnung)
- usw.

Tagsüber ist das Kundencenter zu den üblichen Bürozeiten geöffnet. Abends, nachts und am Wochenende ist das Kundencenter durch eine dort anwesende Person telefonisch erreichbar. Die Verwaltung ist besetzt mit Mitarbeiter*innen für Lohnbuchhaltung, Bilanzbuchhaltung und Korrespondenz.

10.5 Einbettung des *Zentrums für seelische Gesundheit* in den sozialen Raum des Stadtteils

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

Die Arbeit der Mitarbeiter*innen des Zentrums für seelische Gesundheit spielt sich dort nicht wie in einer Klinik ab, sondern gemeinwesen- bzw. sozialraumorientiert – so weit wie möglich draußen, an nicht-psychiatrischen Orten. (Zu Sozialraumorientierung siehe Abschnitt 4.1.)

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

Für den schrittweisen Aufbau des Zentrums im Rahmen des Transformationsprozesses bietet sich eine Modulbauweise an, die eine Reihe von Vorteilen mit sich brächte: Flexible Ausbaubarkeit und Gestaltbarkeit, mögliche Schaffung von Innenhöfen und Plätzen, Niedrigschwelligkeit, Nutzbarkeit für Aktivitäten und auch für Rückzugsbedarf, Möglichkeit für sozialräumliche bzw. kulturelle und andere Beschäftigungstätigkeiten, Möglichkeit der Bürger*innenbeteiligung.

Niedrigschwelligkeit und Akzeptanz, die das Milieu des Ortes ausstrahlen, werden dazu beitragen, dass das *Zentrum für seelische Gesundheit* von Patient*innen in Krisenzeiten besser angenommen wird als ein Krankenhaus und dass weniger Zwang bei Einweisungen und Behandlungen erforderlich ist.

Somit dürfte auch die Anzahl der Zwangseinweisungen nach Psych.-KG und von Einweisungen, die gegen den Willen des/der Betroffenen nach Betreuungsrecht erfolgen, abnehmen.

(Dies ist z.B. die Erfahrung in der Region Bremen Nord, wo das Behandlungszentrum ebenfalls über eine niedrigschwellige Anlaufstelle erreichbar ist.)

11 Trägerübergreifender Zusammenschluss im Gemeindepsychiatrischen

Verbund West auf der Basis eines regionalen (oder mehrerer) Budgets

Für eine neu ausgerichtete Versorgung nach der Logik regionaler Budgets sind neben den Ressourcen, die aus dem Abbau psychiatrischer Betten frei werden, auch die zu nutzen, die aus dem teilweisen Abbau von Betreuungsplätzen in Heimen und im Betreuten Wohnen frei werden. Die frei gewordenen Ressourcen müssen im Rahmen eines **Zusammenschlusses der Leistungserbringer im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV)** genutzt werden. Eine zentrale Voraussetzung für die diesbezüglichen Verhandlungsgespräche ist Offenheit und gegenseitiges Vertrauen der beteiligten Träger.

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

Im Bremer Westen braucht der GPV sowohl vom Gesundheits- wie auch vom Sozial-Ressort den Auftrag und die Unterstützung, im Rahmen des/der regionalen Psychriebudgets Strukturen zur Umsetzung des Projektes *Zentrum für seelische Gesundheit* zu entwickeln, um so den regionalen Versorgungsauftrag erfüllen zu können, sich insbesondere um die am schwierigsten zu behandelnden Patient*innen kümmern zu können: Schwer akut und chronisch psychisch kranke Patient*innen, Menschen mit komplexem Hilfebedarf, Suchtkranke mit psychischen Erkrankungen, geistig behinderte Menschen mit psychischen Erkrankungen, Menschen mit psychischen und Demenz-Erkrankungen im Alter.

Bei der detaillierten Entwicklung des Konzeptes für das Zentrum, bei der Planung und dem Aufbau sind Mitarbeiter*innen der im GPV vertretenen Träger und der Vertreter*innen der Psychiatrie-Betroffenen einzubeziehen. Darüber hinaus sollten interessierte Hausärzt*innen, Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen und auch Vertreter*innen sozialer, kultureller und politischer Institutionen beteiligt werden.

(Die **sektorübergreifende Zusammenarbeit** der an der Versorgung beteiligten Träger und Personen ist schematisch in einem Schaubild in der Anlage 5 wiedergegeben.)

12 Schlussbemerkung

Der Umbau von der bisherigen zentralen, Bettenbelegungs-orientierten Klinikpsychiatrie hin zu einer regionalen, weitestgehend ambulanten psychiatrischen Versorgung wird seit Jahren von der Bremer Bürgerschaft gefordert. Er ist nach internationalen und nationalen Erfahrungen machbar und qualitativ besser. Er entspricht den S3-Leitlinien, den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention und auch denen der WHO. Der Umbau wird von den außerklinischen Versorgungsträgern angestrebt und gefordert. Er braucht die entscheidende Unterstützung der Verantwortlichen auf politischer und Kostenträger-Seite sowie von der Seite der GeNo als Träger der psychiatrischen Klinik Bremen Ost.

Für den Arbeitskreis „Neue Psychiatrie im Bremer Westen“:

Annabel Grab, Arnolde Trei-Benker, Bernd Anders, Carola Dengler, Gaby Schellhorn, Gerald Wagner, Heiko Schwarting, Ilka Sibley, Klaus Pramann, Kornelia Schaper, Lars Peinemann, Leonie Buczynski, Michael Peuser, Michael Schultz, Robert Klosa, Rosemarie Kramer, Sebastian Jung, Tabea Meißner, Thomas Bretschneider, Ulrich Wesseloh, Volker Brünjes, Volkmar Aderhold.

Anlage 1: Zielzahlen für die Versorgungsregion Bremen West

Anlage 2: Personelle Ressourcen für die Transformation stationärer Behandlung und die Entwicklung des Behandlungszentrums West Zentrum für seelische Gesundheit (exemplarisch)

Anlage 3: Entwicklung der multiprofessionellen personellen Besetzung des Zentrums nach Berufsgruppen (exemplarisch)

Anlage 4: Multiprofessionelle personelle Besetzung der Schichten im Zentrum (exemplarisch)

Anlage 5: Schaubild: Schematische Darstellung des Konzeptes für eine zukünftige psychiatrische Versorgung in der Region Bremen West

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

Transformation stationärer Behandlung (Betten) bis 2022 laut Strategiepapier der Gesundheitssenatorin zur Psychiatriereform vom 30.01.2019

Träger	Stationäre Plätze			Tagesklinik			Kompensation stationärer Angebote durch StÄB und Institutsambulanz			Transformation stationärer Behandlungsplätze		
	IST 2019	SOLL 2020	SOLL 2022	IST 2019	SOLL 2020	SOLL 2022	SOLL 2020	SOLL 2022	SOLL 2020	SOLL 2022	SOLL 2020	SOLL 2022
KBO	240	190	170	136	171	171	15	35	50	70		

Zielzahlen für die Versorgungsregion Bremen-West analog zu den oben genannten Zielzahlen für Bremen – mit fortgesetzter Konzeption bis 2028

Transformation stationärer Behandlung (Betten) und Umwandlung des BHZ-West zum Zentrum für seelische Gesundheit (ZfsG) West bis 2028

Träger	Stationäre Plätze im KBO / BHZ-West bzw. im Krisenhaus (KH) des ZfsG			Plätze in TK, PIA, SpSD im BHZ-West bzw. in der Akut-TK im ZfsG			Kompensation stationärer Plätze d. Transformation			Transformation stationärer Plätze						
	2020	2022	2025	2028	2020	2022	2025	2028	2020	2022	2025	2028				
(Anzahl d. Plätze)	45	29	15	15	30	38	45	45	0	8	15	15	0	16	30	30
KBO/BHZ-WEST (GeNo)	45	19 im KBO			30	23 im BHZ-W	23 im BHZ-W									
Zentrum für seelische Gesundheit (Trägerzusammenschluss = TZ des GPV-West)		10 im KH im ZfsG	15	15	15 im ZfsG	22 im ZfsG	45									

Personelle Ressourcen für die Transformation stationärer Behandlung und die Entwicklung des BHZ-West zum Zentrum für seelische Gesundheit

Träger	VK für stat. Beh. im KBO / BHZ-West bzw. im Krisenhaus des ZfsG				VK für TK, PIA, SpSD im BHZ-West bzw. für die Akut-TK im ZfsG				VK für ambulante (Krisen-) Versorgung				Summen der VK der beteiligten Träger			
	2020	2022	2025	2028	2020	2022	2025	2028	2020	2022	2025	2028	2020	2022	2025	2028
Summe von 1+2	34	27	11	12	16	20	22	21	0	3	17	17	50	50	50	50
1 KBO/BHZ-WEST	34	22 im KBO			16	13 im BHZ-W.	13 im BHZ-W.		50				50	35	13	0
2 Zentrum für seel. Gesundheit/Träger-zusammenschluss = TZ des GPV-West (KBO/BHZ-West)	0	5 im KH im ZfsG	11	12		7 im ZfsG	9 im ZfsG	21	0	3	17	17	0	15	37	50
3 Zentr.f.s.Ges./ TZ des GPV-West (Daseinsvorsorge, Gesundheitsbeh.)	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2
4 Zentr.f.s.Ges./ TZ des GPV-West (ambulanter SGB-V-Träger)	0	5	5	5	0	3	3	3	0	5	5	5	0	13	13	13
5 Zentr.f.s.Ges./ TZ des GPV-West (Träger der Eingliederungshilfe)	0	4	4	4	0	2	2	2	0	4	4	4	0	10	10	10
Summe 2-5 (VK im Zentr. f. s. Ges.)	0	16	22	23	0	12	14	26	0	12	26	26	0	40	62	75
Summe aller VK	34	38	22	23	16	25	27	26	0	12	26	26	50	75	75	75

**Entwicklung der multiprofessionellen personellen Besetzung des Zentrums für
seelische Gesundheit Bremen-West mit Krisenversorgung - nach Berufsgruppen -
2022, 2025, 2028**

Berufsgr.	Jahr	Modul 1 Ambulanter Krisendienst		Modul 2 (Akut-) Tagesklinische Behandlung		Modul 3 Stationäre Behandlung (Betten)		Summen der VK		Alle VK
		ZfsG/Man.-Ges.		TK/BHZ	ZfsG/MG TK (ACT)	KBO/ BHZ	ZfsG/MG Krisenhs.	BHZ	ZfsG/ MG	
		KID 1 Wa/Fin	KID 2 Grö/Os							
Ärzte	2022		1	1,5	1,5	2,5	1,5	4	4	8
	2025	1	1	1,5	1,5		3	1,5	6,5	8
	2028	1	1		3		3		8	8
Pflege- personal	2022		7	6	4	14	8	20	19	39
	2025	9,5	4,5	6	6		11	6	31	37
	2028	9,5	4,5		11		12		37	37
Ergothera- peuten	2022		1	1,5	2,5	1	1	2,5	4,5	7
	2025	0,5	0,5	1,5	2,5		2	1,5	5,5	7
	2028	0,5	0,5		4		2		7	7
Psycholo- gen	2022		1,5	1	0,5	1	1	2	3	5
	2025	1,5	1,5	1	0,5		1	1	4,5	5,5
	2028	1,5	1,5		1,5		1		5,5	5,5
Sozial- arbeiter	2022		0,5	1	0,5	1	2	2	3	5
	2025	1	1	1	0,5		2	1	4,5	5,5
	2028	1	1		1,5		2		5,5	5,5
Bewegungs therap.	2022			0,5	0,5			0,5	0,5	1
	2025			0,5	0,5			0,5	0,5	1
	2028				1		1		1	1
Ex-In- Ausgeb.	2022		1	1,5	2,5	2,5	2,5	4	6	10
	2025	2	2	1,5	2,5		3	1,5	9,5	11
	2028	2	2		4		3	10	11	11
Summen der VK	2022		12	13	12	22	16	35	40	75
	2025	15,5	10,5	13	14		22	13	62	75
	2028	15,5	10,5		26		23		75	75

Multiprofessionelle personelle Besetzung der Schichten im Zentrum für seelische Gesundheit Bremen-West

Die angegebenen VK-Zahlen betreffen die Besetzung pro 7-Tage-Woche

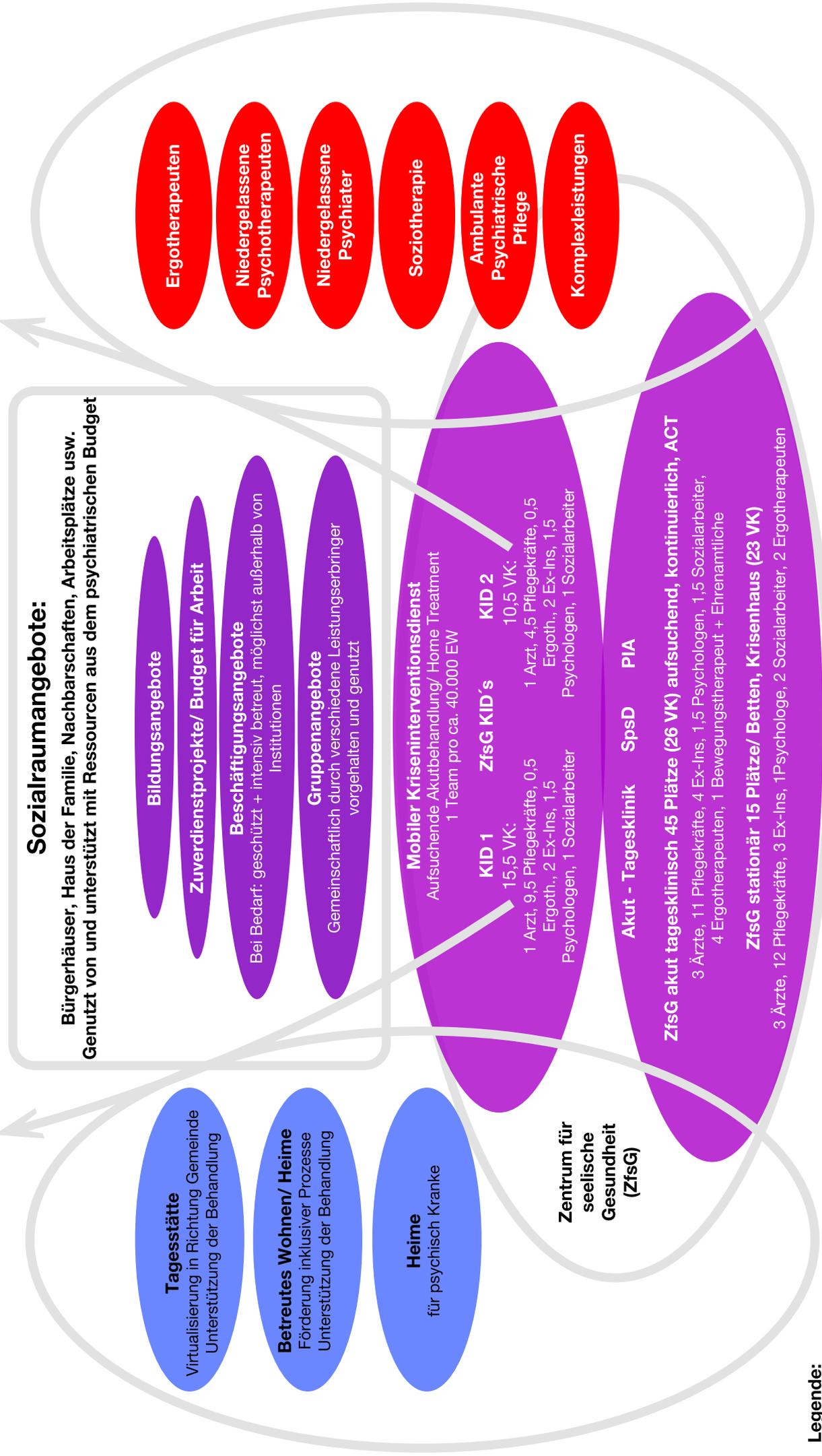
Die durchschnittliche tägliche VK-Zahl ergibt sich durch Multiplikation mit dem Faktor 0,71 (5 VK-Wochenschichten verteilt auf 7 Wochentage)

Berufsggr.	Jahr	Modul 1 Ambulanter Krisendienst		Modul 2 (Akut-) Tagesklinische Behandlung		Modul 3 Stationäre Behandlung (Betten)		Summen der VK		Alle VK
		ZfsG/Man.-Ges.		TK/BHZ	ZfsG/MG TK (ACT)	KBO/ BHZ	ZfsG/MG Krisenhs.	BHZ	ZfsG/ MG	
		KID 1 Wa/Fin	KID 2 Grö/Os							
Früh- schicht	2022		3,5	5	3,5	6	3,5	11	10,5	21,5
	2025	4		3	4	4	5,5	4	16,5	20,5
	2028	4		3		8	6		21	21
Spät- schicht	2022		3,5	4	3,5	5	3,5	9	10,5	19,5
	2025	4		3	4	4	6,5	4	17,5	21,5
	2028	4		3		7	6,5		20,5	20,5
Nacht- schicht	2022		1		1	4	3	4	5	9
	2025	2		1	2		3		8	8
	2028	2		1	2		3,5		8,5	8,5
Summen der VK in Schichten	2022		8	9	8	15	10	24	26	50
	2025	10		7	8	10	15	8	42	50
	2028	10		7		17	16		50	50
Urlaub, Krankheit, Fortbildung	2022		4	4	4	7	6	11	14	25
	2025	5,5		3,5	5	4	7	5	20	25
	2028	5,5		3,5		9	7		25	25
Summen der VK	2022		12	13	12	22	16	35	40	75
	2025	15,5		10,5	13	14	22	13	62	75
	2028	15,5		10,5		26	23		75	75

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

56.000 Einwohner in Walle/ Findorff

35.000 Einwohner in Gröplingen/ Oslebshausen



Sozialraumangebote:

Bürgerhäuser, Haus der Familie, Nachbarschaften, Arbeitsplätze usw.
Genutzt von und unterstützt mit Ressourcen aus dem psychiatrischen Budget

- Bildungsangebote**
- Zuverdienstprojekte/ Budget für Arbeit**
- Beschäftigungsangebote**
Bei Bedarf: geschützt + intensiv betreut, möglichst außerhalb von Institutionen
- Gruppenangebote**
Gemeinschaftlich durch verschiedene Leistungserbringer vorgehalten und genutzt

Mobiler Kriseninterventionsdienst
Aufsuchende Akutbehandlung/ Home Treatment
1 Team pro ca. 40.000 EW

KID 1 15,5 VK:
1 Arzt, 9,5 Pflegekräfte, 0,5 Ergoth., 2 Ex-Ins, 1,5 Psychologen, 1 Sozialarbeiter

ZfsG KID's 10,5 VK:
1 Arzt, 4,5 Pflegekräfte, 0,5 Ergoth., 2 Ex-Ins, 1,5 Psychologen, 1 Sozialarbeiter

Akut - Tagesklinik SpsD PIA

ZfsG akut tagesklinisch 45 Plätze (26 VK) aufsuchend, kontinuierlich, ACT
3 Ärzte, 11 Pflegekräfte, 4 Ex-Ins, 1,5 Psychologen, 1,5 Sozialarbeiter, 4 Ergotherapeuten, 1 Bewegungstherapeut + Ehrenamtliche

ZfsG stationär 15 Plätze/ Betten, Krisenhaus (23 VK)
3 Ärzte, 12 Pflegekräfte, 3 Ex-Ins, 1 Psychologe, 2 Sozialarbeiter, 2 Ergotherapeuten

Legende:

- █ Krankenkassen SGB V
- █ Eingliederungshilfen SGB IX
- █ Sektorübergreifend: SGB V, SGB IX, ÖGD, Daseinsvorsorge
- █ Sektorübergreifend: Sozialraumangebote

Bedienabbau schafft Ressourcen

Vormals : Behandlungszentrum West mit 45 stationären Betten/ Plätzen im Zentralklinikum (50 VK)